

**Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Síndrome Pré-menstrual: Prevalência e Fatores Associados na População Urbana de Pelotas

CELENE MARIA LONGO DA SILVA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Petrucci Gigante

Co-orientadora: Ms. Maria Laura Vidal Carret

Pelotas, Novembro de 2004.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

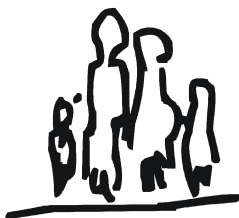
Prof.^a Dr.^a Denise Petrucci Gigante (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Karen Oppermann-Lisbôa
Universidade de Passo Fundo

Prof.^a Dr.^a Iná da Silva dos Santos
Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Formoso Assunção
Universidade Federal de Pelotas

Defesa da dissertação em 26 de novembro de 2004.



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Projeto

Síndrome Pré-menstrual: Prevalência e Fatores Associados na População Urbana de Pelotas

Artigo

Estudo populacional da Síndrome Pré-menstrual em uma cidade brasileira

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Denise Petrucci Gigante**, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Área de concentração: Saúde e Nutrição do Adulto, para obtenção do título de Mestre.

Mestranda: CELENE MARIA LONGO DA SILVA

Pelotas, Novembro de 2004.

***“Sou aquela mulher que fez a escalada
da montanha da vida removendo pedras
e plantando flores”***

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela fé inabalável que me foi concedido, muito além da crença religiosa.

Aos meus pais, pela lição permanente de vida, por acreditarem que nobreza e dignidade são independentes do nível socioeconômico ou outro valor aparente.

Aos meus filhos, Igor Roberto e Luís Gustavo, minha principal fonte de energia, que, juntamente com o pai deles, Enio Rubens, foram meu ponto de equilíbrio, meu elo de lucidez no tumultuado dia-a-dia do mestrado.

À minha orientadora Denise Gigante, pelo incentivo constante, pelas lições de disciplina e pela disponibilidade. Foi quem conseguiu, como ninguém, aliviar o sofrimento decorrente das dificuldades que precisei enfrentar. A ti, minha eterna amizade.

À minha co-orientadora Laura, pela disponibilidade, pela visão de conjunto e por simplificar as tarefas a serem realizadas. Vou lembrá-la sempre com carinho.

À minha primeira orientadora Anaclaudia, pela condução nos passos iniciais deste trabalho, pela lição mais difícil do mestrado: *ninguém precisa morrer por um projeto, tudo pode ser reorganizado*. Contribuiu para meu crescimento.

Aos professores e pesquisadores: César, Aluísio, Iná, Ana Menezes, Facchini, Cora, Cecília, Bernardo, Rosângela, Neiva e Helen, que tanto primam pela qualidade do curso, que nos fazem sentir orgulho de estar aqui matriculados, mesmo tendo reduzido nossas horas de sono. É difícil dizer muito obrigada a cada um de vocês...

Aos colegas do mestrado, minha nova família, pelos muitos momentos de angústia e alguns de alegria que compartilhamos juntos. Ficará, para sempre, a lembrança de cada um de vocês: Aparecida, nos estudos iniciais, Maria Alice, Gicele, Luciane e Carmem, nos trabalhos de Estatística e Epidemiologia, Denise Mota, nos estudos para a qualificação, Vera, nas aulas da graduação e Anelise, a *fumante do fundo*, chegando de longe antes das oito da manhã. Arnildo, antigo aluno e agora um amigo, um apoio quando necessário; Felipe, o quase pai, sempre disponível, nunca o vi perder a elegância; Mario, o colaborado nos churrascos, maduro para sua idade; Irineu, com o saber lúcido e a tranquilidade de viver um dia por vez; Fernando, com sua experiência; Giancarlo, nossa tarefa de identificação dos setores no mapa da cidade, e Marcelo, da cultura literária.

Ao Pedrinho e à Andréa, nossos monitores, que foram nosso suporte nas tarefas iniciais do curso, minha eterna gratidão.

Aos funcionários: Margarete, Olga, Mercedes, Angélica, Carmen, Fabiane, Tiago, Fátima Maia, Isabel, Vivian e Lenir, pois nosso pedido de ajuda sempre era solicitado *para ontem*. Vocês já devem estar acostumados com isso...

A todas as entrevistadas anônimas, que deram forma a este trabalho.

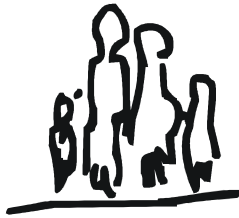
A UFPel, que proporcionou mais uma etapa em minha evolução profissional.

Ao apoio financeiro da CAPES, na realização do trabalho de campo.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	9
INTRODUÇÃO	10
1. METODOLOGIA DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1. Questionários padronizados.....	12
2.2. Critérios diagnósticos	12
2.3. Estudos de base populacional.....	14
2.4. Estudos em serviços de referência	15
MARCO TEÓRICO	17
JUSTIFICATIVA	21
OBJETIVOS	22
1. GERAL	22
2. ESPECÍFICOS.....	22
HIPÓTESES.....	23
METODOLOGIA	24
1. DELINEAMENTO	24
2. DEFINIÇÃO DO DESFECHO	24
3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	25
4. POPULAÇÃO ALVO	25
5. TAMANHO DA AMOSTRA	25
6. AMOSTRAGEM	27
7. INSTRUMENTOS	29
8. SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS.....	30
9. ESTUDO PILOTO	31
10. LOGÍSTICA	31
11. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
12. CONTROLE DE QUALIDADE.....	33
13. ASPECTOS ÉTICOS	33
14. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	34
15. ORÇAMENTO.....	34
16. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	35
OBRAS CONSULTADAS	36
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	39
INTRODUÇÃO	40
1. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E MANUAL DE INSTRUÇÕES	41
2. AMOSTRAGEM	42
3. RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS	42
4. SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS	43
5. TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS	43
6. ESTUDO PRÉ-PILOTO	45
7. ESTUDO PILOTO.....	45
8. DIVULGAÇÃO DO TRABALHO.....	46
9. LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO.....	46

1.1.	Coleta de dados	46
1.2.	Acompanhamento do trabalho de campo.....	46
1.3.	Codificação dos questionários.....	47
1.4.	Digitação dos dados	47
1.5.	Análise das inconsistências.....	47
1.6.	Controle de qualidade	48
1.7.	Perdas, recusas e exclusões.....	48
10.	PADRONIZAÇÃO DOS DADOS	49
11.	CUSTOS DO CONSÓRCIO	49
12.	CRONOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO	50
13.	MODIFICAÇÕES NO PROJETO INICIAL.....	50
ARTIGO.....		52
	RESUMO	54
	ABSTRACT	55
	INTRODUÇÃO	57
	METODOLOGIA	59
	RESULTADOS	64
	DISCUSSÃO	67
	AGRADECIMENTOS.....	72
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
	TABELAS E FIGURAS	76
PRESS-RELEASE		89
ANEXOS		92
1.	QUESTIONÁRIOS	93
2.	INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	127



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

PROJETO DE PESQUISA

Síndrome Pré-menstrual: Prevalência e Fatores Associados na População Urbana de Pelotas

Mestranda:CELENE MARIA LONGO DA SILVA

**Orientadoras: Prof.^a Dr.^a Anaclaudia Gastal Fassa
Prof.^a Dr.^a Denise Petrucci Gigante
Co-orientadora: Ms. Maria Laura Vidal Carret**

Pelotas, Setembro 2003.

INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) e o Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM) são um conjunto de sintomas físicos e de algumas alterações no humor que começam no período pré-menstrual e apresentam alívio importante com o início da menstruação (Steiner,1995;Mortola,1990). A prevalência da SPM é variável segundo o local onde são captados os dados, sendo marcadamente maior em ambulatórios de ginecologia (75%, considerando a presença de pelo menos um sintoma físico e um emocional), nas mulheres com ciclos regulares e durante grande parte de sua vida reprodutiva (Steiner,1995). Já o transtorno disfórico pré-menstrual tem quadro clínico menos comum; o desconforto físico também pode estar presente, mas as queixas psíquicas são particularmente intensas (irritabilidade, impulsividade, tensão, labilidade afetiva), trazendo graves prejuízos sócio-funcionais para a mulher. O TDPM não costuma responder aos tratamentos clínicos convencionais, levando as pacientes a buscar auxílio psiquiátrico (Yonkers,1997; Steiner,1995).

Os principais sintomas da SPM são humor deprimido (56%), irritabilidade (48%), ansiedade (36%), humor variável (26%), cefaléia (23%), distensão abdominal e mamária (22%) e câibras (21%) (Halbe,2000).

A freqüência da SPM varia entre 5% e 97%, dependendo dos critérios utilizados, mas há uma concordância quanto ao fato de que os sintomas intensos ocorrem em aproximadamente 5% dos casos e que tanto a freqüência quanto a intensidade dos sintomas aumentam com a idade, principalmente acima dos 30 anos (Diegoli,1994). Os sintomas são, por vezes, tão severos que provocam limitações nas atividades diárias da mulher, sendo, nesses casos, conhecidos como TDPM, em que sintomas emocionais e físicos estão presentes, com predominância dos primeiros (Batra e Harper,2002).

No final da década de 60, afirmou-se que a SPM poderia implicar um risco aumentado de internações psiquiátricas, acidentes e tentativas de suicídio (Moos,1968). Atualmente acredita-se que esse padrão pode ter se modificado, uma vez que os tratamentos são mais efetivos e as mulheres, especialmente aquelas que apresentam quadros mais graves, são mais freqüentemente tratadas (Steiner,1995; Yonkers,1997).

Acredita-se que as condições de vida estressantes, bem como a dupla jornada de trabalho, acrescidas de predisposição genética e hormonal, atuem como desencadeadores da SPM (Mortola,1990). O uso de anticoncepcionais orais (ACO) apresenta resultados controversos. Se, por um lado, no final da década de 60, havia evidências de que estavam associados à manifestação da SPM e, ainda hoje, algumas mulheres referem intolerância ao uso de anticoncepcionais hormonais, com as mais diversas composições, por outro lado, existem artigos recentes demonstrando escores mais baixos de sintomas em usuárias de ACO (Moos,1968; Condon,1993). Deve-se salientar que, em grande parte dos estudos realizados, o uso de ACO foi critério de exclusão da amostra. As práticas de atividades físicas regulares e hábitos alimentares saudáveis são considerados fatores protetores pela maioria dos autores (Diegoli,1998; Deuster,1999).

1. Metodologia da Revisão Bibliográfica

Foi realizada uma busca eletrônica nas bases de dados **Medline e Lilacs**, sem limite de tempo, com objetivo de identificar estudos relevantes sobre prevalência dos sintomas da Síndrome Pré-menstrual e Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM), no Brasil e no mundo. As palavras-chave utilizadas foram *pré-menstrual symptoms*, *premenstrual syndromes*, *prevalence*, *epidemiology*, *research design*, *menstrual distress*, *questionnaire*, *tensão pré-menstrual*, *questionário*, *síndrome pré-menstrual*. Dentre os resumos encontrados (Medline=213 Lilacs=21), foram solicitados os artigos com maior relevância, com especial interesse naqueles que incluíram questionários para diagnóstico, estudos de base populacional e prevalências de SPM e TDPM. Além dos artigos identificados nas bases de dados, foram incluídas as referências relevantes citadas nesses artigos.

2. Revisão Bibliográfica

As queixas de alterações específicas pré-menstruais são muito comuns entre as mulheres. A intensidade dos sintomas pode variar de ausente, passando por leve ou moderada, até severa; neste último caso, também se denomina transtorno disfórico pré-menstrual (Steiner,1995).

2.1. Questionários padronizados

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para medir a SPM, com um número variável de sintomas sendo avaliados. Como não havia um quadro clínico característico, os primeiros questionários eram longos, não avaliavam a severidade dos sintomas e nem as limitações provocadas pela síndrome na vida das mulheres (Moos,1968; Halbreich,1982; Condon,1993; Allen,1991). Mais recentemente, o diagnóstico é feito pelo acompanhamento e registro diário dos sintomas por, pelo menos, dois ciclos (Freeman,1996).

Os questionários referidos acima foram criados para uso o em clínicas, ambulatorios de referência ou atividades docentes e para serem aplicados por profissionais de saúde. Em um estudo de base populacional, realizado em Munique, o TDPM foi avaliado pelos critérios do DSM IV; em outro estudo realizado no estado da Virginia, foi utilizado o SPAF (Sortened Premenstrual Assesment Form) para avaliar SPM (Wittchen, 2002; Deuster, 1999; Allen, 1991).

2.2. Critérios diagnósticos

Os critérios diagnósticos da SPM, propostos a partir de um estudo realizado pela Universidade da Califórnia, em San Diego (Mortola, 1990) indicam a presença de, pelo menos, um dos sintomas somáticos e afetivos, referidos abaixo, durante os cinco dias antes da menstruação, em cada um dos três ciclos menstruais prévios:

- a) afetivos: depressão, explosões de raiva, irritabilidade, confusão, isolamento social, fadiga;
- b) somáticos: dor mamária, distensão abdominal, cefaléia, edema das extremidades.

Para a definição da SPM, além da presença de pelo menos dois sintomas, as seguintes condições devem ser atendidas:

- a) alívio dos sintomas acima relacionados dentro de quatro dias após o início das menstruações, sem recidiva até pelo menos o dia décimo segundo do ciclo;
- b) presença dos sintomas na ausência de qualquer terapêutica farmacológica, ingestão de hormônios, drogas ou uso de álcool.
- c) ocorrência reproduzível dos sintomas durante dois ciclos de observação prospectiva.
- d) disfunção identificável da performance social ou econômica.

Ainda, de acordo com Mortola (1990), os critérios diagnósticos para definir o grau de incapacidade na SPM utilizados são:

- a) estremecimento da relação marital ou amorosa confirmada pelo parceiro;
- b) dificuldades na educação dos filhos manifestada por distúrbios de comportamento da criança;
- c) performance deficiente na escola ou no trabalho;
- d) aumento do isolamento social;
- e) dificuldades legais;
- f) relato de idéias de suicídio;
- g) procura de cuidado médico para um sintoma somático.

Deve-se considerar que os critérios acima foram desenvolvidos para serem aplicados em serviço de referência e não na população em geral

De acordo com a APA (*American Psychiatric Association*, 1994), a definição de TDPM pelo DSM IV(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.), em que o critério **A** requer a presença de cinco de onze possíveis sintomas, apresentando, pelo menos, um dos sintomas considerados essenciais (humor depressivo pronunciado, ansiedade marcante, labilidade afetiva marcante e irritabilidade ou raiva marcante), sendo que esses sintomas devem estar presentes durante a última semana do ciclo menstrual e devem estar ausentes no período pós-menstrual. O critério **B** requer marcada interferência com o trabalho, com a escola ou com atividades sociais.

Tais critérios são bem definidos para serem utilizados em populações específicas, mas houve uma necessidade de adaptação e simplificação desses para aplicar neste estudo, pois nem todos os critérios podem ser contemplados com o desenho em uso neste trabalho.

2.3. Estudos de base populacional

Em Munique, em um estudo de coorte de base populacional, Wittchen (2002), usando os critérios do DSM-IV, encontrou uma prevalência de 5,8% para TDPM, sendo que, após vinte meses de acompanhamento na mesma população, a incidência cumulativa foi de 7,4%. Nesse estudo, mais de dois terços das mulheres referiram no mínimo um sintoma de SPM, durante a maioria dos ciclos no último ano e 35% das mulheres relataram 4 ou mais sintomas. As mulheres com TDPM buscam mais os serviços de saúde que as não acometidas por esse transtorno, ou a população em geral. Uma limitação desse estudo é que inclui mulheres até 28 anos, quando há conhecimento estabelecido de que o transtorno disfórico é mais comum entre mulheres com mais de 30 anos.

Outro estudo realizado na Virgínia, em inquérito por telefone discado aleatoriamente, com 874 mulheres de 18 a 44 anos, encontrou a prevalência 8,3%

de SPM. Importante associação foi encontrada entre SPM e ingestão de álcool e percepção de *stress* (*odds ratio* 2,5 e 3,7, respectivamente). O que chama a atenção nos resultados, é que mulheres fisicamente ativas são 2,9 vezes mais possíveis de apresentar SPM, mas os autores questionam este resultado, em desacordo com a maior parte da literatura, considerando a possibilidade de ser por causalidade reversa, ou seja, as mulheres que apresentam SPM sabem que atividade física melhora o problema e passam a praticar mais exercícios físicos (Deuster, 1999).

2.4. Estudos em serviços de referência

Em estudo realizado em São Paulo com 1000 mulheres, no ambulatório de Ginecologia do HUFMUSP, Diegoli (1994) encontrou 35% de Síndrome Pré-menstrual, sendo que tanto a prevalência como a intensidade dos sintomas aumenta com a idade. Quando estudou a SPM na adolescência (10 a 19 anos), a autora encontrou prevalência da síndrome na adolescência menor em comparação com mulheres adultas (Diegoli, 1995)

Em Campinas, num estudo transversal com 254 mulheres que freqüentavam um ambulatório de ginecologia geral, verificou-se a prevalência de, pelo menos, um dos sintomas de SPM numa prevalência de 86%. Nesse estudo, foram encontradas associações da forma grave de SPM em associação com as variáveis com viver com companheiro, ter sido submetida à ligadura tubária e não trabalhar fora de casa. Entre as mulheres com a forma grave da síndrome, os sintomas relatados foram: irritabilidade (88%), cansaço (71%), depressão e cefaléia (62% cada), sendo que 94% das entrevistadas apresentavam mais de um sintoma e 76%, associação de sintomas físicos e psíquicos (Nogueira, 1998).

Outro estudo levado a efeito em 1995, comparando as populações urbana e rural, indicou que as mulheres da área rural relataram mais sintomas físicos, enquanto as mulheres da área urbana tinham como principais queixas os sintomas emocionais e comportamentais. Apenas nas mulheres da área urbana houve relato de sintomas extremos, enquanto que apenas as mulheres da área rural relataram não ter sintomas (Marvan e Diaz Eroza, 1995).

Como o TDPM possui diagnóstico diferencial com depressão e ansiedade, as quais têm sido associadas com descontrole nos receptores serotoninérgicos, há necessidade de caracterizar a ciclicidade dos sintomas, para descartar uma doença emocional de base. Há evidências de que a serotonina tenha importância na patogênese da disforia pré-menstrual. Diversos trabalhos avaliam a segurança e a eficácia de tratamentos com o uso de medicamentos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, tais como Fluoxetina e Sertralina (Steiner, 1995; Yonkers, 1997).

A grande maioria dos estudos publicados foi realizada em ambulatórios de referências (ginecologia e/ou psiquiatria). Assim, embora a SPM e o TDPM tenham critérios melhor definidos atualmente e os estudos apontam uma prevalência importante da síndrome, os achados não podem ser generalizados. Além disso, a revisão da literatura mostra que o assunto está longe de um consenso, com controvérsias importantes sobre fatores de risco e de proteção, bem como sobre o nível de limitação que a SPM e o TDPM trazem para a vida das mulheres.

MARCO TEÓRICO

A síndrome Pré-menstrual é caracterizada pela presença de sintomas físicos, emocionais e comportamentais de caráter cíclico e recorrente, atingindo uma proporção da população feminina em idade fértil, com diferentes intensidades, variando de 5% (ao se considerarem sintomas intensos e, até mesmo, incapacitantes), até 97% (ao se avaliarem sintomas leves) (Batra e Harper, 2002; Diegoli, 1994).

Os primeiros relatos sobre o aparecimento de cefaléia e agitação pré-menstrual foram descritos por Hipócrates; porém a Síndrome foi relatada cientificamente, pela primeira vez, em 1931, quando Frank (*apud* Diegoli, 1994), descreveu a Tensão Pré-menstrual (hoje conhecida como síndrome pré-menstrual) e as possíveis bases etiológicas dos sintomas, assim como algumas modalidades de tratamento.

A prevalência da SPM parece estar aumentando, mas não houve modificação no funcionamento fisiológico da mulher no último século. A mudança histórica na prevalência de SPM pode estar relacionada ao aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, associado à manutenção do seu papel fundamental na vida familiar.

As contradições inerentes ao processo industrial e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho foram marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais. No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar de forma crescente trabalho fora do lar e maternidade (trabalho no lar), instalou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou

no século XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo a designação de *dupla jornada de trabalho* (Scavone, 2001).

Além da inserção no mercado de trabalho, o aumento do acesso das mulheres à educação formal e o uso de métodos anticoncepcionais mais eficazes vem modificando o perfil da SPM. A decisão de ser ou não mãe passou a ter uma dimensão reflexiva, influenciada por fatores econômicos, sociais e subjetivos do casal (Scavone, 2001).

Assim, analisando o contexto histórico em que se insere a população feminina, é possível inferir que o processo saúde-doença é determinado por processos particulares que são, ao mesmo tempo, sociais e biológicos (Laurel, 1983).

Tanto o conhecimento científico quanto o popular reconhecem as alterações cíclicas por que passam as mulheres (Nicolson, 1995). O que difere, nos diversos segmentos da sociedade, é a atitude frente ao problema, que vai desde a ignorância e indiferença com as alterações referidas — consideradas como uma parte inevitável da natureza feminina, passando por uma visão de que as mulheres realmente apresentam uma doença e, portanto, devem receber tratamento para curar esse agravo — até a tomada de atitudes mais extremas, que rotulam as mulheres como vulneráveis às alterações hormonais e, portanto, passíveis de um comportamento imprevisível e pouco confiável (Reid, 1986).

Uma vez que as repercussões desses agravos afetam a produtividade das mulheres, muitas vezes, no modo de produção capitalista, existe uma abordagem parcial em termos de tratamento, visando exclusivamente ao alívio dos sintomas, no intuito de recuperar a capacidade para o trabalho (Garcia, 1989).

A complexa interação entre conhecimento e comportamento requer uma busca maior de qualidade de vida para as mulheres, que possuem um importante papel na sociedade contemporânea, questionando a cultura dominante de que existe uma deficiência biológica ou psicológica, determinando o comportamento feminino, o qual, quando em desacordo com o papel esperado para a mulher (passiva e educada), será então rotulado de *não feminino* e passível de tratamento (Nicolson, 1995).

Desse modo, no estudo da SPM, serão abordadas questões psicossociais que deverão ser quantificadas em uma verdadeira integração dos conhecimentos biológicos, sociais e comportamentais. Os determinantes sociodemográficos atuam sobre os comportamentais e esses juntos, compõem o contexto onde ocorrerá a manifestação de uma combinação extremamente variável de sintomas físicos e emocionais, conhecida como síndrome pré-menstrual. Dependendo da intensidade dos sintomas, podem ocorrer limitações, configurando prejuízo nas atividades relativas ao trabalho, à escola ou à vida familiar. O conhecimento da presença da SPM, por meio da caracterização dos sintomas, apresentando ou não limitações, pode levar à busca de tratamentos ou mudanças comportamentais, para atenuar os sintomas, que implicam a busca de qualidade de vida e de saúde das mulheres, afetadas pela síndrome.

A figura 1 apresenta o Modelo Conceitual de Análise, das variáveis associadas com a SPM.

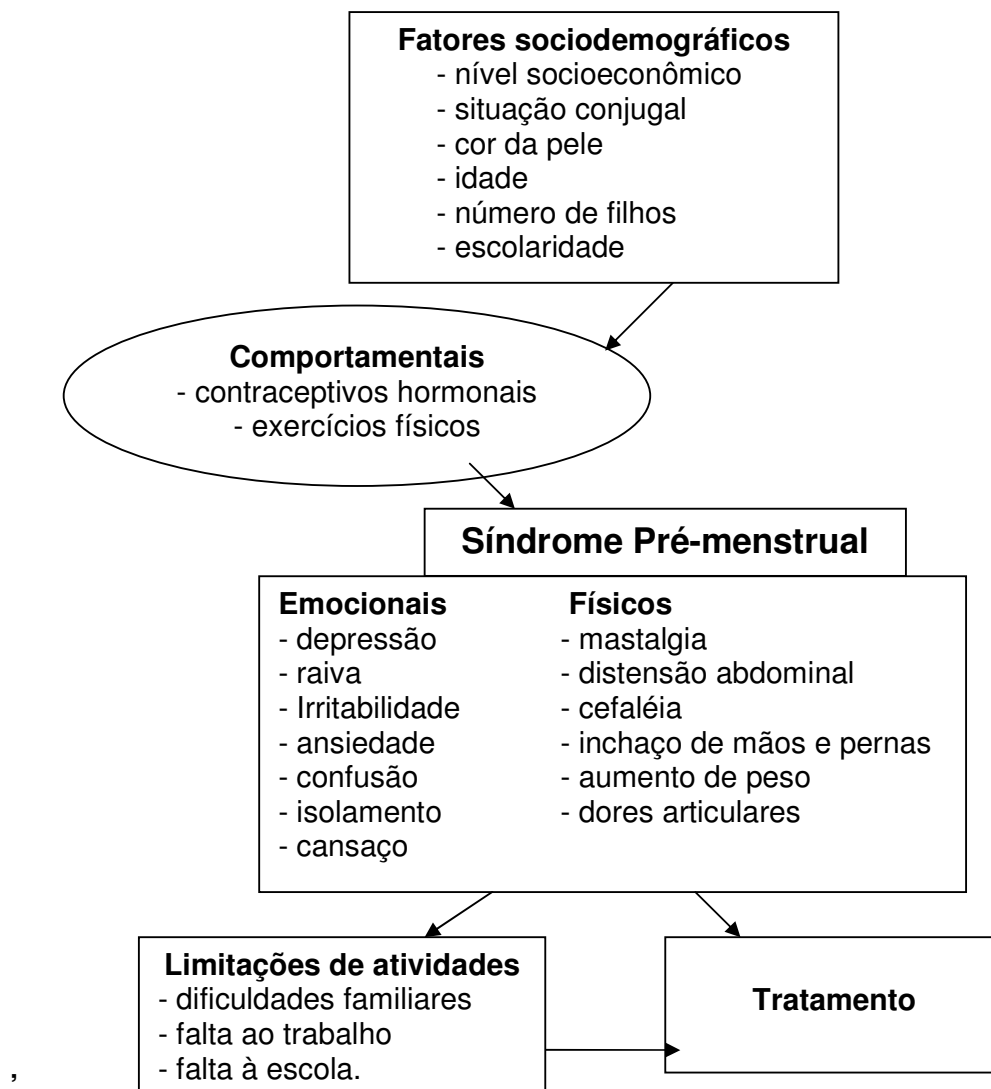


Figura 1: Modelo Conceitual de Análise

JUSTIFICATIVA

A fisiopatologia desta síndrome permanece enigmática, apesar das múltiplas teorias propostas e tratamentos ensaiados ou empiricamente aplicados. As principais hipóteses fisiopatológicas são: excesso de estrógenos ou deficiência de progesterona, déficit vitamínico, alteração das prostaglandinas, hipoglicemia, alergia a hormônios endógenos, retenção de líquidos, causas psicogênicas e psicossomáticas. Devido ao fato de que existe diversidade na resposta aos tratamentos, pode haver uma interação entre múltiplos mecanismos, o que explica também a heterogeneidade dos sintomas (Mortola, 1998).

O pouco conhecimento sobre a caracterização da SPM e do TDPM, as elevadas prevalências observadas em alguns trabalhos que utilizaram diferentes critérios diagnósticos, bem como escassos estudos epidemiológicos sobre o tema justificam a realização deste projeto. Considerando a relevância do tema e o fato de que as informações obtidas podem servir de subsídio, tanto para os profissionais de saúde, como para o planejamento da atenção à saúde das mulheres, é necessário ampliar o conhecimento sobre a prevalência da SPM e de seus sintomas, bem como de seus fatores de risco.

OBJETIVOS

1. Geral

Estudar a prevalência e fatores associados à Síndrome Pré-menstrual e a prevalência de Transtorno Disfórico Pré-menstrual, caracterizando seus sintomas mais freqüentes.

2. Específicos

Conhecer a prevalência da síndrome pré-menstrual e de seus sintomas mais freqüentes na população em estudo;

Conhecer a prevalência do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual;

Examinar a associação dos fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais com a síndrome pré-menstrual;

Avaliar a presença de limitações, como falta ao trabalho, à escola e repercussões familiares causadas pela síndrome pré-menstrual.

HIPÓTESES

A prevalência da SPM é de até 40%, tendo, como sintomas mais freqüentes, depressão, confusão, cansaço, distensão abdominal, cefaléia, inchaço em mãos e pernas, aumento de peso, dores articulares ou musculares;

A prevalência de transtorno disfórico é de até 5%;

As mulheres com melhor nível socioeconômico apresentam mais sintomas emocionais e TDPM, enquanto as de baixo nível socioeconômico apresentam mais sintomas físicos e SPM;

As mulheres com maior risco para SPM são as de idade acima de 30 anos;

A prevalência de limitação nas atividades de trabalho e/ ou repercussões familiares é de até 20% nas mulheres com SPM.

METODOLOGIA

1. Delineamento

Será utilizado um delineamento transversal de base populacional. Esse tipo de estudo é apropriado para estudar um desfecho de alta prevalência como a SPM e implica um custo relativamente baixo e execução em um breve período de tempo. Com ele, podemos avaliar tanto a presença dos sintomas como a dos fatores de risco e de proteção, em um único momento de coleta de informações (Rothman e Greenland, 1998).

2. Definição do desfecho

Serão caracterizados os seguintes sintomas referidos:

Sintomas emocionais

Tristeza

Raiva

Irritabilidade

Nervosismo

Confusão

Isolamento social

Cansaço

Sintomas físicos

Mastalgia

Distensão abdominal

Cefaléia

Inchaço em mãos e pernas

Aumento de peso

Dores articulares ou musculares

Adaptando a proposta de Mortola (1990), será considerado SPM a presença nos três últimos ciclos, na semana que antecede a menstruação, de, pelo menos, um sintoma físico e um emocional.

Adaptando o estabelecido para o instrumento DSM-IV, será considerado Transtorno Disfórico Pré-Menstrual a presença de tristeza, nervosismo ou irritabilidade, acompanhada de atrapalho no relacionamento em casa, falta ao trabalho ou à escola.

3. Critérios de Exclusão

- gestantes
- amenorréia (período puerperal, histerectomia, menopausa antes dos 49 anos)
- irregularidade menstrual (ausência de menstruação normal nos últimos três meses)

4. População Alvo

Mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona urbana de Pelotas.

5. Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra levou-se em conta a população de mulheres em idade fértil (86.000 mulheres), a prevalência do transtorno disfórico de 5% e de 8% e da SPM de 40% e 50% (Nogueira, 1998). Estimando-se que o Efeito de Delineamento Amostral para os desfechos, seja próximo de 1(um), não será incluído no cálculo.

Tabela 1. Cálculo do tamanho da amostra para as possíveis prevalências

	Prevalência	Erro (p p) ¹	Confiança	Total	Final ²
TDPM	5%	1,3	95%	1066	1173
TDPM	8%	1,8	95%	864	950
SPM	40%	3,5	95%	1012	1113
SPM	50%	3,0	95%	1054	1159

(1)pp= pontos percentuais

(2) Acrescentaram-se 10% para perdas, considerando EFEITO DE DELINEAMENTO AMOSTRAL igual a 1(um).

Para o cálculo dos fatores de risco para SPM, levados em conta a prevalência mais esperada (40%) para SPM, com nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, com risco relativo de 1,5, os resultados esperados estão no Tabela 2.

Tabela 2. Cálculo do tamanho da amostra para os principais fatores de risco

Fatores	Nível de confiança	Poder	Prev Êxp	~Êxp /Exp	RR	N Exp	Total	Total+ P+C ¹
Atividade Física	95%	80%	30	4:1	1,5	107	535	674
Faixa Etária	95%	80%	30	2:1	1,5	260	392	496
ACO	95%	80%	30	3:2	1,5	218	363	459
Companheiro	95%	80%	25	3:2	1,5	285	475	601
Trabalho Fora	95%	80%	25	2:1	1,5	340	510	645

(1) Para o cálculo final foi acrescentado 10% para perdas, 15% para fatores de confusão.

No cálculo do tamanho da amostra, apresentado na tabela 2, nada foi acrescentado para Efeito de Delineamento Amostral, pois o esperado é que fique

muito próximo de 1(um), mas, mesmo que o efeito exista, se for menor que 2(dois) será suportado pelo tamanho da amostra.

O estudo de associação enfatizará as associações com SPM e tem poder para avaliar a prevalência de transtorno disfórico, entretanto é limitado para avaliar seus fatores de risco. Assim, o estudo examinará os fatores de risco com base na relação exposto /não exposto de até 2:1.

6. Amostragem

A população urbana de Pelotas é de 323.158 habitantes, com uma média de 0,8 mulheres de 15 a 49 anos por domicílio, sendo necessário visitar aproximadamente 1440 domicílios para se chegar à amostra estimada para o presente estudo.

Considerando que este estudo será realizado em um esquema de consórcio entre os 16 alunos de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, os quais possuem temas de pesquisa específicos, com necessidade de amostras diferentes, a amostra total foi definida, levando em conta as necessidades de cada um dos projetos incluídos no consórcio, procurando equilibrar custo e efetividade.

A amostra para este estudo específico será calculada no programa Epi Info (Dean,1994), baseando-se no maior número de sujeitos necessários para estudar a prevalência de SPM e associações. Como este estudo será realizado na modalidade de consórcio, cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendesse aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para a prevalência e associações. A partir desses resultados, estima-se que o número que poderá atender aos objetivos de todos é de aproximadamente 1440 domicílios. Este número já leva em conta acréscimos de 10% para perdas e 15% para fatores de confusão. O processo de amostragem do estudo deverá incluir a seleção de 144 setores, censitários dos 408 existentes na zona urbana de Pelotas.

A amostragem será realizada em múltiplos estágios, de acordo com os seguintes procedimentos:

- a) amostragem sistemática de conglomerados entre os setores censitários da zona urbana de Pelotas;
- b) amostragem sistemática dos domicílios dentro de cada conglomerado.

Pela amostragem sistemática de conglomerados entre os setores censitários da zona urbana de Pelotas, optou-se para facilitar a logística do trabalho de campo e, também, diminuir os custos do processo. Para a definição dos conglomerados, será utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2001). Esses setores serão estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor, de forma a garantir a representatividade dos setores em relação à situação econômica. Com tal estratégia, também é esperado um ganho de precisão nas estimativas.

Para tanto, todos os setores urbanos de Pelotas serão listados, excluindo-se aqueles setores tidos como especiais (quartéis, presídios e hospitais), que não têm registro de renda do responsável pelo domicílio. Os setores serão ordenados de forma crescente, por renda média do responsável pelo domicílio. O número total de domicílios (92407) será dividido por 144, de forma a se obter o pulo para a seleção sistemática dos setores (pulo = 642). Para a definição do primeiro setor, será então selecionado um domicílio, aleatoriamente, entre 1 e 642, a partir do *software Stata 8.0*. O setor que apresentar o domicílio sorteado será o primeiro a ser selecionado, sendo os setores subseqüentes selecionados pela adição do pulo de 642 até o final da lista de domicílios, completando 144 setores.

Quanto à amostragem sistemática dos domicílios, dentro de cada conglomerado, após o reconhecimento e a contagem dos domicílios dos setores sorteados, serão visitados 10 domicílios por setor, de forma sistemática, de acordo com o número de domicílios de cada setor, ou seja, será estimado o número de domicílios em cada setor e dividido por 10, para a definição do pulo dentro do setor.

Da mesma forma, será sorteado o domicílio inicial e os outros, sistematicamente selecionados, de acordo com o pulo definido.

Serão escolhidos 10 domicílios por setor, para minimizar o Efeito de Delineamento Amostral, visto que, pelo conhecimento do consórcio anterior (biênio 2001/2002), a estimativa do referido efeito para alguns desfechos de interesse é da ordem de 3,0 a 4,5 para um desenho amostral de 20 domicílios por setor.

Serão elegíveis para a aplicação dos questionários do estudo todos os moradores do domicílio que estiverem nas faixas etárias selecionadas, para o consórcio todas as pessoas de ambos os sexos, maiores de três anos. Para este estudo, em especial, serão entrevistadas as mulheres de 15 a 49 anos.

7. Instrumentos

Será utilizado um questionário aplicado por entrevistadora treinada. Os desfechos e as variáveis que serão estudadas estão apresentados na Tabela 3 e na Tabela 4, abaixo relacionados:

Tabela 3. Prevalência do desfecho, Pelotas (RS, Brasil), no ano de 2003

Variáveis	Características	Tipo
Prevalência da SPM	Sim /Não	Dicotômica
Prevalência do TDPM	Sim /Não	Dicotômica

Tabela 4. Variáveis Socioeconômicas, Demográficas e comportamentais, Pelotas, RS, Brasil, ano de 2003.

Variáveis	Características	Tipo
Socioeconômicas		
Nível econômico	ANEP (A, B, C,D e E)	categórica ordinal
Renda responsável domicílio	valores em Reais (R \$)	numérica contínua
Escolaridade	anos completos	numérica discreta
Trabalho fora de casa	sim / não	dicotômica
Demográficas		
Idade	anos completos	numérica discreta
Etnia	branco /não (observado)	dicotômica
Número de filhos vivos	filhos vivos	numérica discreta
Comportamentais		
Anticoncepcionais Hormonais	sim / não	dicotômica
Situação conjugal	tem companheiro/ não	dicotômica
Religião	pratica / não	dicotômica

8. Seleção e Treinamento das Entrevistadoras

A seleção das candidatas será realizada através de inscrição, com preenchimento de ficha contendo dados pessoais, dando preferência a pessoas com segundo grau completo, que não estejam cursando faculdade, com disponibilidade de tempo integral para a realização do trabalho de campo e que já tenham experiência em atividades de pesquisa. Além disso, será realizada uma entrevista para avaliar a habilidade de comunicação das candidatas.

O treinamento será desenvolvido em três etapas: leitura do questionário e manual de instruções, dramatização da entrevista, com a abordagem de situações

problema e entrevistas acompanhadas. Serão selecionadas 32(trinta e duas) entrevistadoras.

9. Estudo Piloto

O estudo pré-piloto foi realizado, para testagem inicial do instrumento, durante o mês de julho de 2003, no setor censitário 9 do Bairro Fragata, o qual não fará parte da amostra do consórcio.

O estudo piloto será realizado em um setor sorteado aleatoriamente para testagem final do instrumento, do manual e da organização do trabalho de campo, além de oportunizar o treinamento das entrevistadoras para a codificação dos questionários.

Cada entrevistadora realizará 3(três) entrevistas, totalizando 96(noventa e seis) entrevistas. As entrevistadoras discutirão com a coordenação da equipe as dificuldades encontradas, refinando o treinamento. As entrevistas servirão ainda para testar as planilhas de controle do trabalho de campo, sendo que tais entrevistas não serão incluídas na amostra do estudo.

10. Logística

Os supervisores do trabalho de campo serão os alunos do mestrado, que terão seus horários previamente estabelecidos para essa atividade.

Cada mestrando será responsável pela supervisão de 9(nove) setores censitários e 2(duas) entrevistadoras. O número de domicílios por setor será 10(dez), escolhidos de forma sistemática. Os setores serão divididos entre as entrevistadoras, ficando uma com 4(quatro) e a outra com 5(cinco) setores. As entrevistadoras deverão realizar, em média, 4 a 5(quatro a cinco) entrevistas por dia.

As entrevistas serão aplicadas nos domicílios sistematicamente escolhidos, em todas as pessoas do domicílio elegíveis para o estudo. Serão realizadas reuniões do supervisor com cada uma de suas entrevistadoras, com periodicidade

preestabelecida. O objetivo dessas reuniões será o de receber os questionários prontos, observando seu completo preenchimento; discutir dúvidas; anotar o número de entrevistas realizadas; e revisar as folhas de conglomerado e a planilha de controle do trabalho de campo.

Semanalmente, ocorrerão reuniões com todos os entrevistadores, supervisores e o coordenador do estudo, para discutir o andamento geral do trabalho de campo.

Serão consideradas como perdas ou recusas aqueles casos em que não for possível a realização da entrevista, após três tentativas dos entrevistadores em horários diferentes e após tentativa, também, do supervisor do setor.

11. Processamento e Análise dos dados

Os dados serão codificados, revisados, digitados, limpos, editados e analisados pela equipe de trabalho. A codificação dos questionários será realizada pelas entrevistadoras e os supervisores farão a revisão da codificação e a limpeza dos dados.

O programa Epi Info (Dean,1994) será usado para a entrada dos dados, que serão digitados duas vezes e comparados para que um dos bancos seja corrigido. A edição, a limpeza e a análise dos dados serão realizadas no pacote estatístico *STATA* (Stata Corporation,2001).

A descrição dos resultados incluirá análise da frequência de exposição e desfecho, examinando-se medidas de tendência central e proporções.

Para a análise bivariada, serão utilizados o Teste do Qui-quadrado e o Teste exato de Fischer. A análise multivariada será realizada, adotando-se uma abordagem hierarquizada, conforme Modelo de Análise apresentado na Figura 1. Serão mantidos no modelo as variáveis que estiverem associadas com a exposição e o desfecho com um $p < 0,2$. Para todos os testes de hipóteses, serão adotados níveis de significância de 5%.

12. Controle de Qualidade

Paralelamente ao trabalho de campo, os supervisores realizarão a revisão dos questionários entregues, examinando se todas as questões estão respondidas e se as respostas são consistentes. Questionários com problemas serão avaliados pelo coordenador do estudo, para definir se o entrevistador deverá retornar ao domicílio para sanar o problema ou se outro tipo de encaminhamento será recomendado.

O controle de qualidade das entrevistas será realizado pelos supervisores e incluirá:

- a) sorteio de 10% dos questionários de cada entrevistador, que serão parcialmente refeitos e calculado o Índice de Kappa, para verificar a repetibilidade dos dados;
- b) verificação do correto preenchimento dos registros na folha de conglomerados;
- c) reuniões semanais entre supervisores e entrevistadoras;
- d) revisão dos questionários e consistências das respostas;
- e) retorno ao domicílio, se necessário.

13. Aspectos éticos

O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

O sigilo das informações contidas nos questionários será garantido aos entrevistados. Como não haverá coleta de material biológico, o risco será mínimo.

As entrevistadoras informarão que o domicílio foi selecionado para participar de uma pesquisa sobre condições de saúde da população e que, embora a participação de todos seja muito importante, quem não quiser participar não terá prejuízo.

Será solicitado o consentimento verbal informado de todos os entrevistados.

14. Limitações do estudo

A caracterização do desfecho será realizada a partir da adaptação de questionários padronizados utilizados em populações específicas; desse modo, poderá haver erro de classificação em direção à unidade.

O tamanho da população estudada não permitirá examinar detalhadamente os fatores de risco para transtorno disfórico devido à falta de poder estatístico.

15. Orçamento

As despesas previstas para a realização do trabalho de campo estão apresentadas no Quadro 1:

Itens	Reais (R\$)
Material de consumo	2.000,00
Serviços de terceiros: pessoas físicas	15.000,00
Serviços de terceiros: pessoa Jurídica	1.000,00
Material permanente	7600,00
Total	23.600,00

Quadro 1: Despesas orçamentárias

O material de consumo consiste na aquisição de folhas de papel, lápis, borrachas, pranchetas, envelopes e crachás.

Os serviços de terceiros: pessoa física consiste em pagamento das entrevistadoras e dos digitadores.

Os serviços de terceiros: pessoa jurídica consiste na confecção de manuais, relatórios e produção de material para apresentação dos resultados, assistência

técnica para equipamentos e fotocópias, bem como comunicações (telefone, correio, fax), Vale transporte e outros serviços e encargos.

O material permanente consiste de 01 microcomputador Pentium 200MHZ, 16 MB de memória RAM, placa de fax /modem 33.600 bps, winchester de 2,1 G, monitor color 0.28. 01 estabilizador conversor.

16. Cronograma de Atividades

As atividades desenvolvidas para se levar a efeito esta pesquisa seguem o seguinte cronograma:

Ano	2003												2004											
Mês	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Revisão Bibliográfica																								
Elaboração do projeto																								
Elaboração dos instrumentos de coleta de dados																								
Estudo pré-piloto																								
Seleção e treinamento dos entrevistadores																								
Estudo piloto																								
Definição da amostra e coleta dos dados																								
Codificação, revisão e digitação.																								
Preparação e edição dos dados																								
Análise dos dados																								
Redação																								
Divulgação dos resultados																								

Quadro 2: Cronograma de atividades

OBRAS CONSULTADAS

Allen SS, McBride CM, Pirie PL. The Shortened Premenstrual Assessment Form. *Journal of Reproductive Medicine* 1991;36:769-772.

Álvarez PA. Síndrome premenstrual. *Salud Totalç de la Mujer* 2000;2(1):4-9.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.

Batra P, Harper DM. Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder. *JCOM* 2002;9(2):87-98.

Christensen AP, Oei TP. Correlates of premenstrual dysphoria in help-seeking women. *J Affect Disord* 1995;33(1):47-55.

Condon JT. Investigation of Reliability and Factor Structure of a questionnaire for assessment of Premenstrual Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 1993;37(5):543-551.

Dean J. *EPI INFO - Computer programs for epidemiology*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 1994.

Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8:122-128.

Diegoli MS, da Fonseca AM, Diegoli CA, Pinotti JA. A double-blind trial of four medications to treat severe premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;62(1):63-7.

Diegoli MS, Diegoli CA, Ramos LO, T. L, Bastos AC, Pinotti JA. Síndrome Pré-menstrual na Adolescência. *Rev Ginecol Obstet* 1995;6(4):172-176.

Diegoli MS, Fonseca AM, Diegoli CA, Halbe HW, Bagnoli VR, Pinotti JA. Síndrome Pré-menstrual: Estudo das Incidência e das Variações Sintomatológicas. *Rev Ginecol Obstet* 1994;5(4):238-242.

Freeman EW, DeRubeis RJ, Rickels K. Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Res* 1996;65(2):97-106.

Freeman EW, Halbreich U. Premenstrual syndromes. *Psychopharmacology Bulletin* 1998;34(3):291-295.

Garcia JC. As ciências sociais em medicina. In: Editora C, editor. *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: Nunes, E. D.; 1989. p. 51-67.

Halbe HW. *Tratado de Ginecologia/ 3ª edição*. 3ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2000.

Halbreich U, Endicott J, Schacht S, Nee J. The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65(1):46-65.

Hurt SW, et al. Late luteal phase dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints. *Am J Psychiatry* 1992;149(4):525-530.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.

Lam RW, Carter D, Misri S, Kuan AJ, Yatham LN, Zis AP. A controlled study of light therapy in women with late luteal phase dysphoric disorder. *Psychiatry Res* 1999;86(3):185-92.

Laurel AC. A saúde-doença como processo social. In: Editora G, editor. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*: Nunes, E. D.; 1983. p. 135-58.

Marvan ML, Diaz Eroza MC. [Premenstrual symptomatology in rural and urban zones]. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1995;41(4):316-21.

Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med* 1968;30(6):853-67.

Mortola JF. Premenstrual syndrome--pathophysiologic considerations. *N Engl J Med* 1998;338(4):256-7.

Mortola JF, Girton L, Beck L, Yen SSC. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstetrics & Gynecology* 1990;76(2):302-307.

Nicolson P. The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research. *Soc Sci Med* 1995;41(6):779-84.

Nogueira CWM. *Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [doutorado]*. Campinas: UNICAMP; 1998.

Rees R, Montedónico S, Contreras M. Psicosis perimentrual: Revisión de la literatura. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1996;34(19-25).

Reid R. Premenstrual syndrome: a time for introspection. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1986;155(5):921-926.

Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2^a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

Sassi RM. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços médicos na população adulta da cidade de Rio Grande, 2002. [Doutorado em Epidemiologia]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2002.

Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2001;5(8):47-60.

Smith MJ, Schmidt PJ, Rubinow DR. Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. *J Psychiatr Res* 2003;37(1):75-83.

Stata Corporation. *Intercooled Stata 7.0 for Windows 98/95/NT*. College Station - Tx - USA.; 2001.

Steiner M. Female-specific mood disorders. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1992;35(3):599-611.

Steiner M, et al. Fluoxetine in the Treatment of Premenstrual Dysphoria. *The New England Journal of Medicine* 1995;332(23):1529-1534.

Vieira Filho AHG, Tung TC, Artes R. Escalas de Avaliação de Transtorno Pré-menstrual. *Rev. Psiqu. Clin.* 2003;25(5):273-278.

Wittchen H-U. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychological Medicine* 2002;32(1).

Wyatt PD, Jones P, Obhrai M, O'Brien S. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 2001;323(6).

Yonkers KA, et al. Symptomatic Improvement of Premenstrual Dysphoric Disorder With Sertraline Treatment: a Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1997;278(12):983-988.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

Este relatório refere-se ao trabalho de campo desenvolvido pelos alunos do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, no biênio 2003-2004. Com o objetivo de atender a amostra necessária para os estudos dos 16 mestrandos, para otimizar recursos e obter maior agilidade em sua execução, o trabalho foi realizado na modalidade de consórcio de pesquisa do referido curso.

Através de um delineamento transversal de base populacional, foram coletadas informações sobre diversos aspectos de saúde da população urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

Foi elaborado um instrumento único de coleta domiciliar de informação, para ser aplicado por entrevistadoras treinadas para esse fim. Na etapa de planejamento, as diversas tarefas foram distribuídas entre os mestrandos, que as executavam e, nas reuniões do grupo, prestavam contas, como: seleção de auxiliares de pesquisa, entrevistadores, digitadores e arquivista, treinamento do pessoal, divulgação da pesquisa na mídia local, impressão dos mapas dos setores e identificação dos setores no mapa da cidade, organização da sala destinada à pesquisa, busca de patrocínio, controle de custos, orçamento do serviço de impressão dos questionários, entre outras tarefas.

A supervisão do trabalho de campo foi realizada pelos mestrandos, sendo que cada mestrando era responsável por nove setores censitários. Foram auxiliados por uma equipe de pesquisadores mais experientes, denominados de coordenação do consórcio, que os assessoram durante o trabalho de campo.

1. Elaboração do questionário e Manual de Instruções

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário contendo questões gerais do grupo e específicas de cada mestrando. As entrevistadoras foram treinadas com técnicas padronizadas, para que as questões fossem perguntadas sempre da mesma forma nos domicílios. Os temas estudados abrangeram as seguintes faixas etárias: crianças (3 a 9 anos), adolescentes (10 a 19 anos), adultos (maiores de 20 anos). Na aplicação dos questionários, as 268 questões foram divididas em quatro blocos:

- a) bloco **A**: questionário a ser respondido pela mãe e, quando apropriado, pela criança de três a nove anos, contendo 28 questões;
- b) bloco **B**: questionário respondido individualmente por adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 19 anos. Por questões éticas, uma parte das questões foi respondida apenas pelos adolescentes com 15 anos ou mais, contendo 54 questões;
- c) bloco **C**: questionário respondido individualmente por adultos de ambos os sexos, contendo 130 questões no total. Em algumas questões, houve limitação na idade superior (49 ou 59 anos), enquanto, em outras, não houve limite de idade. Quanto ao gênero, algumas questões se destinavam exclusivamente para mulheres e outras, para homens (os blocos B e C apresentavam 15 questões gerais, idênticas nos dois blocos);
- d) bloco **D**: respondido preferencialmente pela dona da casa (ou por apenas um morador do domicílio). Foram 16 questões socioeconômicas e familiares.

Foram utilizados também como instrumentos a planilha de domicílios, na qual deveriam ser anotados nome, sexo e idade de cada morador do domicílio e, na folha de conglomerados, era anotado o endereço de todos os domicílios do setor.

O Manual de instruções abordava explicações específicas sobre cada questão, sua forma de aplicação e adequada maneira de codificação das variáveis. Seu como objetivo era contribuir para o melhor entendimento de cada questão e sua

aplicação de forma padronizada. Além disso, o manual apresentava um roteiro de organização do serviço, enfatizando a importância da função de entrevistadora, de sua postura ética e profissional.

2. Amostragem

O método de amostragem utilizado foi o de múltiplos estágios. Inicialmente todos os 408 setores censitários foram ordenados pela renda média do responsável pelo domicílio e, sendo excluídos aqueles setores especiais que não eram de domicílios permanentes (hospitais, presídios e quartéis). Para que a inclusão dos setores fosse proporcional ao tamanho do setor, os 92.407 domicílios foram divididos por 144 setores, resultando um *pulo* de 642 para a seleção sistemática dos setores. O primeiro setor foi sorteado pelo *software STATA 8.0*, sendo um número entre 1(um) e 642, e os domicílios seguintes foram definidos, acrescentando-se 642 ao número anterior, até o final dos setores. O setor sorteado era aquele que continha o domicílio selecionado. Como os setores estavam ordenados pela renda, garantiu-se, dessa forma que todos os níveis de renda ficassem representados na amostra.

3. Reconhecimento dos setores censitários

Após o sorteio dos 144 setores, cada mestrando ficou responsável por reconhecer os limites geográficos de seus nove setores, identificar os domicílios sorteados e entregar uma carta de apresentação para os moradores do local. Nessa carta, era informado que, em alguns dias, uma entrevistadora visitaria o domicílio para conversar com todos os moradores que estivessem na faixa etária de interesse do estudo.

Nessa visita, cada mestrando preenchia uma planilha do setor com a listagem dos domicílios sorteados. A listagem continha o número de moradores no domicílio e o melhor horário em que se poderiam encontrar as pessoas em casa.

Com base no número de domicílios fornecido pelo IBGE, foi estabelecido o *pulo* dentro do setor. Por exemplo, se o setor apresentava 310 residências e deveriam ser obtidas 10 residências em cada setor, o *pulo* seria então de 31. O sorteio do domicílio inicial foi feito pelo *software STATA 8.0*. Considerando que os

números de domicílios por setor, obtidos junto ao IBGE, referentes ao censo de 2000, poderiam estar defasados, houve a necessidade de um levantamento atualizado deste número pela possível mobilidade demográfica, no período de três anos. Para essa função, foram selecionadas e treinadas 32 auxiliares de pesquisa, que visitaram todos os domicílios do setor e os classificaram em três categorias: residência, comércio ou desabitada. Na atualização feita através desse levantamento, observou-se que, na maioria dos setores, houve um aumento no número de domicílios, alguns o mantiveram e, em poucos, houve redução no número dos domicílios do setor. Isso resultou num maior número de domicílios na amostra final.

4. Seleção das entrevistadoras

Para realizar as entrevistas em tempo hábil, havia a necessidade de contratar 32 entrevistadoras, mas, pelas características do trabalho, era preciso treinar um grupo maior, para manter algumas como suplentes.

A divulgação da seleção foi através de contatos com entrevistadoras indicadas por pesquisadores com experiências anteriores em pesquisas e através de sua divulgação na imprensa local.

A seleção das candidatas realizou-se através de preenchimento de uma ficha de inscrição, com informações relevantes para o trabalho, como ser do sexo feminino, ter o segundo grau completo e não estar cursando curso superior, ter disponibilidade de tempo integral, letra legível e experiência prévia em pesquisa. Foram também avaliados na entrevista: a apresentação, a capacidade de comunicação, a motivação, o tempo disponível para o trabalho e o interesse financeiro.

Classificaram-se 96 candidatas para o treinamento e, ao final desse, foram selecionadas 32 entrevistadoras e as demais ficaram como suplentes.

5. Treinamento das entrevistadoras

As candidatas foram submetidas a um treinamento de 40 horas, no período de 20 a 24 de outubro de 2003, no auditório da Faculdade de Medicina da UFPel, com base no seguinte roteiro:

- a) **apresentação geral do consórcio**: apresentação dos mestrados, da coordenação do consórcio e identificação das candidatas. Um histórico resumido do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, perfil do pessoal envolvido com a pesquisa, breve descrição do consórcio, esclarecimentos sobre remuneração, carga horária, situações comuns no trabalho de campo, postura básica da entrevistadora e aspectos específicos de ser entrevistadora;
- b) **leitura dos questionários do consórcio**, para familiarizar as candidatas com o instrumento de coleta de dados;
- c) **leitura específica do manual de instruções**, em que cada mestrado explicou os cuidados a serem tomados e a maneira correta de perguntar suas questões. Foi enfatizada a identificação da faixa etária correta, da presença de ciclos menstruais regulares nos últimos três meses e que as perguntas sobre sintomas e alterações físicas referiam-se apenas aos últimos três ciclos menstruais;
- d) **role playing**: foram feitos ensaios de aplicação dos questionários, em um primeiro momento, quando uma mestranda aplicou todos os questionários, domiciliar, adultos, adolescentes e criança com voluntários. Após, em grupos, foram realizadas simulações de entrevistas entre as candidatas, sob a supervisão dos mestrados;
- e) **prova teórica**: as candidatas realizaram uma prova teórica sobre os conteúdos desenvolvidos no treinamento. As melhores classificadas, não havendo nenhuma observação em seu desabono durante o treinamento seriam selecionadas;
- f) **prova prática**: no final do treinamento, foram realizadas entrevistas domiciliares sob supervisão, quando as habilidades das entrevistadoras foram avaliadas pelos mestrados.

Nessa mesma etapa foi realizado o estudo piloto.

6. Estudo pré-piloto

O estudo pré-piloto foi realizado no mês de julho de 2003, em um setor censitário que não faria parte do trabalho de campo, para realizar a testagem inicial das questões e avaliar a aplicabilidade das perguntas e o refinamento das mesmas. Cada mestrando entrevistou quatro ou cinco domicílios, onde foram buscados todos os moradores nas faixas etárias do estudo. Previamente ao trabalho, houve um treinamento do grupo, durante o qual cada mestrando explicava suas perguntas. Nessa etapa, foram realizadas 196 entrevistas (22 crianças, 33 adolescentes e 141 adultos). Esses questionários foram digitados em um banco de dados criado para este fim.

7. Estudo piloto

O estudo piloto aconteceu durante o treinamento das entrevistadoras, em um setor censitário não incluído no trabalho de campo. O setor ficava próximo à Faculdade de Medicina, proporcionando o fácil deslocamento das entrevistadoras, o acesso ao material, o número adequado de domicílios e o nível econômico intermediário. Tal setor continha número suficiente de domicílios organizados em blocos, de forma a agilizar o trabalho.

O objetivo do estudo piloto foi a testagem final do instrumento, do manual e da organização do trabalho de campo, além de oportunizar o treinamento das entrevistadoras para a codificação dos questionários. Visava-se desse modo, a proporcionar a toda equipe uma *situação real de campo*.

Cada entrevistadora foi orientada a bater nos domicílios, sistematicamente escolhidos, em busca de uma entrevista de adulto e outra de criança, ou adolescente. No final do trabalho, fez-se a discussão das dificuldades encontradas no questionário, na codificação e na forma de abordagem aos entrevistados, bem como as possíveis soluções para os obstáculos encontrados.

As entrevistas realizadas nessa etapa foram digitadas para testar possíveis problemas, mas não foram incluídas na amostra do estudo.

8. Divulgação do trabalho

Na imprensa local, foram divulgadas informações que um trabalho de pesquisa sobre a saúde da comunidade estava-se desenvolvendo na cidade, por meio de alunos do Curso de Mestrado do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel. Informou-se, também, que cerca de 1500 domicílios seriam visitados pelos mestrandos e pelas entrevistadoras.

9. Logística do trabalho de campo

1.1. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de 29 de outubro a 21 de dezembro de 2003. Foram visitados 1530 domicílios, obtendo-se 580 questionários de crianças, 820 de adolescentes e 3100 de adultos, nos 144 setores censitários selecionados.

As entrevistadoras se apresentavam nos domicílios portando uma carta de apresentação, crachá e cópia das reportagens publicadas na imprensa local. Elas foram orientadas a realizar seis entrevistas por dia e a codificar os questionários no final do dia.

1.2. Acompanhamento do trabalho de campo

Nas duas primeiras semanas, ocorreram reuniões semanais com todas as entrevistadoras e supervisores para o levantamento e esclarecimento das dúvidas e dificuldades da codificação, bem como dos erros de codificação mais freqüentes. Nas semanas seguintes, as reuniões se realizaram nos horários de plantão dos supervisores, que recebiam das entrevistadoras os questionários, distribuíam o material necessário ao trabalho, esclareciam dúvidas, tomavam conhecimento das entrevistas com dificuldades e / ou recusas para serem agendadas.

Os questionários foram conferidos pelos supervisores, quanto à correta codificação dos dados e coerência das respostas, levando-se em conta por exemplo

a aplicação das perguntas para a idade ou sexo adequados. Após terem sido corrigidos, os questionários foram etiquetados e entregues para a arquivista organizar em lotes de 50, para a dupla digitação.

A coordenação geral da pesquisa reuniu-se semanalmente com os supervisores até o término do trabalho de campo, a fim de conhecer o andamento do estudo e de estabelecer metas para o prosseguimento do mesmo.

1.3. Codificação dos questionários

Todos os questionários apresentavam uma coluna à direita utilizada para a codificação dos dados pela entrevistadora no final de um dia de entrevistas. O supervisor do setor censitário revisou a codificação dos dados, antes de encaminhá-los para a digitação. As questões abertas contidas nos questionários específicos de cada mestrando foram codificadas pelos responsáveis pelas mesmas.

1.4. Digitação dos dados

A digitação dos dados teve início paralelamente ao trabalho de campo e foi finalizada cerca de 50 dias após o término do mesmo. A entrada de dados foi feita no programa *Epi Info 6.0* e ficou sob a responsabilidade de uma equipe de dois digitadores. Uma arquivista recebeu os questionários, dividiu-os em lotes e os liberou para a dupla digitação. A dupla digitação gerou um relatório das diferenças, capaz de detectar possíveis erros, que foram corrigidos com base na resposta original do questionário. Após a correção, os dados foram transferidos para o programa estatístico *STATA 8.0*, através do *software Stat Transfer 5.0*, tornando-se parte do banco de dados que foi formado para a análise do estudo.

1.5. Análise das inconsistências

Utilizou-se um programa de verificação de inconsistências, baseado no arquivo tipo *DO* (executável), do pacote estatístico *STATA 8.0*. À medida que os bancos gerados no *Epi Info 6.0*, após a dupla digitação, foram transformados em

bancos *DTA*, o programa de inconsistências foi sendo rodado e as inconsistências verificadas foram corrigidas, com busca nos questionários.

1.6. Controle de qualidade

Diversas medidas foram adotadas, para assegurar a qualidade dos dados coletados, tanto previamente ao trabalho de campo, como durante a realização do mesmo: preparação do questionário com perguntas de fácil entendimento e sem ambigüidade, com prévia testagem (pré-piloto), cuidados na seleção e treinamento das entrevistadoras, elaboração de um manual de instruções detalhado para o adequado entendimento das questões pelas entrevistadoras, realização do estudo piloto e acompanhamento permanente dos supervisores durante o trabalho de campo.

À medida que os questionários eram recebidos, 10% dos mesmos foram sorteados para serem re-visitados pelos supervisores. Na re-entrevista, foram aplicados questionários reduzidos com questões-chave (uma de cada mestrando) às pessoas que haviam sido sorteadas. A finalidade da tarefa foi assegurar a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras e medir a concordância das respostas dos entrevistados; este trabalho foi executado no menor tempo possível, não excedendo 14 dias entre as duas entrevistas. A repetição das respostas foi medida pelo teste Kappa, realizado em um momento posterior.

Nessa etapa, foi detectado que uma entrevistadora fraudou alguns questionários. Ela foi demitida do trabalho, todos os seus questionários foram desprezados e, nos dois setores censitários onde ocorreram estas fraudes, os domicílios foram divididos entre os mestrandos, que refizeram todas as entrevistas.

1.7. Perdas, recusas e exclusões

Quando as entrevistadoras encontraram dificuldades para agendar as entrevistas e/ ou encontrar as pessoas em casa, realizaram, pelo menos, mais duas tentativas em dias e horários diferentes. Não obtendo êxito, o supervisor tentou novamente agendar a entrevista. Persistindo a recusa, o fato foi anotado como tal e se identificou a idade, o sexo e o motivo da recusa e / ou perda.

As razões para perdas e recusas foram, principalmente a falta de tempo, a ausência da pessoa, após diversas tentativas e a recusa em responder por opção pessoal. Quando pessoas elegíveis para o estudo se encontravam fora do domicílio, por motivo de viagem ou doença, foram consideradas perdas.

O percentual final de perdas e recusas do consórcio foi de 3,1 % e o percentual de exclusões foi de 1,0 %. Dentre as perdas e recusas, 6,2 % foram para o sexo masculino e 3,7 % para o feminino. Nas mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), houve 2,6% de perdas e recusas.

Foram consideradas exclusões pessoas não elegíveis para a pesquisa: doentes mentais, com demência senil importante e portadores de problemas físicos graves.

10. Padronização dos dados

Ao final do trabalho de campo, todos os mestrandos receberam um banco de dados contendo as informações coletadas. Cada mestrando recebeu, para sua análise de dados, o bloco geral e o(s) bloco(s) que continham as questões específicas por ele elaboradas.

11. Custos do Consórcio

Ao final do trabalho de campo, os valores gastos, para a execução de todas as atividades, estão listados no quadro abaixo:

Itens	Valor em reais (R\$)
Material de escritório (lápis, canetas, pincéis atômicos, borrachas, pranchetas, bolsas para carregar balanças e questionários, cartuchos de tinta para impressoras, etiquetas).	958,20
Impressão dos questionários (gráfica).	2.767,00
Recursos humanos (batedoras, entrevistadoras, digitadores e secretária).	27.727,00
Vales transporte (6.700)	8.710,00
Folhas de papel (90.000)	2.500,00
Total	42.662,20

Quadro 3: Despesas totais com o consórcio

12. Cronograma do trabalho de campo

No quadro abaixo, estão listadas as atividades executadas na preparação e execução do trabalho de campo e na organização dos dados.

Atividades	2003							2004		
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Elaboração do questionário										
Pré-piloto										
Manual de instruções										
Amostragem										
Reconhecimento dos setores										
Seleção das Entrevistadoras										
Treinamento das entrevistadoras										
Estudo piloto										
Coleta de dados										
Acompanhamento do trabalho de campo										
Codificação dos questionários										
Digitação dos dados										
Análise das inconsistências										
Controle de qualidade										
Padronização dos dados										

Quadro 4: Cronograma do trabalho de campo

13. Modificações no projeto inicial

A medida de TDPM não foi possível, devido ao fato de que, com o avanço do conhecimento sobre o assunto, percebeu-se que os critérios para seu diagnóstico são bem definidos e aplicáveis para serviços de referência ou em nível individual. Esses mesmos critérios, tornam-se difíceis de serem medidos em nível populacional, com o delineamento escolhido para este estudo. Tanto o critério do DSM IV, para

TDPM, quanto o relatado por Mortola (1990) consistem no registro diário dos sintomas por dois ciclos menstruais consecutivos.

Assim sendo, e considerando que não foi encontrado na literatura revisada, critérios que demarcassem, em uma única observação, a partir de qual proporção poderiam ser considerados como SPM e onde eram apenas sintomas pré-menstruais, optou-se por adaptar os critérios do DSM IV e criar um escore para diagnóstico de SPM, como uma entidade clínica definida e não apenas como o relato de alguns sintomas, que não implicam em alteração na rotina diária das mulheres estudadas.

A SPM auto-referida não estava no projeto inicial. Como a revisão da literatura, no momento da elaboração do questionário, ainda mostrava dados imprecisos sobre SPM, foi considerado importante saber a opinião das mulheres entrevistadas sobre sua autopercepção sobre SPM.

ARTIGO

Estudo populacional de prevalência da Síndrome Pré-menstrual em uma cidade brasileira

Population study of prevalence of Premenstrual syndrome in a Brazilian city

Celene Maria Longo da Silva

Denise Petrucci Gigante

Maria Laura Vidal Carret

Ana Claudia Gastal Fassa

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas. <http://www.epidemio-ufpel.org.br>

Endereço para correspondência: Celene Maria Longo da Silva

Av Duque de Caxias, 250 3º piso. CEP: 96030-020, Pelotas, RS.

Correio eletrônico: celene.longo@brturbo.com

Este estudo contou com o apoio financeiro da CAPES.

Artigo baseado na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFPel, em novembro de 2004 (Título da dissertação: Síndrome Pré-menstrual: prevalência e fatores associados na população urbana de Pelotas).

O artigo será enviado para a Revista de Saúde Pública, São Paulo.

Título abreviado: Estudo populacional de prevalência da SPM

RESUMO

Objetivo: Estudar a prevalência e fatores associados à Síndrome Pré-menstrual (SPM) e comparar a prevalência da SPM encontrada com a prevalência da SPM auto-referida.

Métodos: Em um estudo transversal, de base populacional, com mulheres de 15 a 49 anos, questionários domiciliares foram aplicados para medir a prevalência de SPM através de um escore, construído a partir de cinco sintomas pré-menstruais que interferiam na vida familiar ou levavam à falta ao trabalho ou a escola. Associações entre alguns fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais e SPM foram estudados. SPM auto referida foi investigada e considerando o escore de SPM como padrão ouro, sua sensibilidade e especificidade foram testadas.

Resultados: A prevalência de SPM foi de 25,2% (IC 95% 22,5; 27,9) e de SPM auto-referida 60,3% (IC 95% 57,4; 63,3). Os principais sintomas pré-menstruais foram: irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, todos acima de 50 % de prevalência. Mulheres de melhor nível econômico, maior escolaridade, menores de 30 anos e com pele branca apresentaram risco mais elevado. As usuárias de psicofármacos e as que não usavam anticoncepção hormonal apresentaram maior prevalência. A sensibilidade do teste foi de 94%, a especificidade 51% e a acurácia 62%.

Conclusões: Foi alta a prevalência de SPM em Pelotas e, embora a percepção das mulheres seja maior do que aquela medida com o escore, ainda assim, um quarto das mulheres apresenta esse problema de saúde.

Descritores: Síndrome Pré-Menstrual , Prevalência , Sintomas pré-menstruais , Fatores de Risco , Inquéritos.

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence and associated factors of the Pre Menstrual Syndrome (PMS), by characterizing its most common symptoms, and compare the prevalence with self-reported PMS.

Methods: In a cross-sectional population-based study, including women aged 15 to 49 years old, questionnaires were applied at home to measure PMS prevalence, through a score based on five premenstrual symptoms that interfered in family life or that led to work or school absence. The association between some socioeconomic, demographic and behavioral variables and PMS were investigated. Self-reported PMS was investigated and taking into account PMS score as the gold standard, the sensitivity and specificity of the self-reported PMS were tested.

Results: The prevalence of PMS was of 25.2% (CI 95% 22,5; 27,9) and of the self-reported PMS was of 60.3% (CI 95% 57,4; 63,3). The main symptoms found were: irritability, stomachache, nervousness, headache, fatigue and mastalgia, all of them with more than 50% of prevalence. Women with white skin, higher economic level, better education level and younger than 30 years old presented greater risk of PMS. Psychotropic drugs users, and women who were not in use hormonal contraceptive presented a higher prevalence of PMS. The self-reported PMS sensitivity was of 94%, the specificity was of 51% and the accuracy of 62%.

Conclusions: Although self-reported PMS was higher than those measured by the symptoms score, about one quarter of women presented PMS based on five premenstrual symptoms and repercussions in women's daily life.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Prevalence, Risk Factors, Premenstrual Symptoms, Cross-sectional.

INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, que iniciam na semana anterior à menstruação e aliviam com o início do fluxo menstrual⁽¹³⁾. Os sintomas apresentam caráter cíclico e recorrente, podendo ser variáveis na quantidade e na intensidade. Existem sintomas leves, no período pré-menstrual, apresentados pela maioria das mulheres, e que não interferem na rotina diária, não sendo, portanto, considerados para o diagnóstico de SPM. Para ser considerada síndrome, há a necessidade de relato de algum prejuízo nas atividades rotineiras, no trabalho, na escola ou no convívio social⁽¹²⁾.

Uma das teorias para explicar o mecanismo fisiopatológico da síndrome pré-menstrual é a que os sistemas endócrino, reprodutor e serotoninérgico convergem para efetuar a regulação do comportamento. A oscilação nos níveis dos estrógenos e progesterona, no ciclo menstrual, atua sobre a função serotoninérgica e, em mulheres mais sensíveis, ocorre as manifestações da SPM⁽¹⁰⁾.

A grande maioria dos estudos publicados foi realizada em ambulatorios de referências (ginecologia e/ ou psiquiatria), sendo escassos os estudos de base populacional^(5,23). Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar SPM, incluindo um número variável de sintomas e a intensidade dos mesmos⁽²⁰⁾. Como não havia um quadro clínico característico, os primeiros questionários eram longos e direcionados para aplicação em serviços^(1,15).

Estudos populacionais têm mostrado diferentes prevalências da SPM, que variam entre 5 e 35%, conforme os critérios utilizados e o local onde se

realizam^(5,7,14,23). Prevalências mais altas são observadas quando os critérios diagnósticos são menos rígidos, incluindo mulheres que relatam quatro ou mais sintomas⁽²³⁾. Em um dos estudos de base populacional identificados, realizado na Virgínia, a SPM foi observada em 8,3% das mulheres entrevistadas por telefone⁽⁵⁾. No entanto, há concordância a respeito do fato de que aproximadamente 5% das mulheres apresentam sintomas intensos⁽⁷⁾, sendo esses casos conhecidos como transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM)⁽⁴⁾.

No Brasil, estudos em serviços mostram a prevalência de SPM entre 8% e 86% dependendo da intensidade dos sintomas^(7,17). No estudo realizado no ambulatório de ginecologia da UNICAMP, entre as mulheres com a forma grave (43,3%), os sintomas pré-menstruais relatados foram: irritabilidade (86%), cansaço (71%), depressão e cefaléia (62%, cada), sendo que 95% apresentavam mais de um sintoma e 76%, associação de sintomas físicos e psíquicos⁽¹⁷⁾.

A revisão de literatura mostra que o assunto está longe de um consenso, com controvérsias importantes sobre fatores de risco e de proteção, bem como sobre o nível de limitação que a SPM traz para a vida das mulheres^(11,22). Assim, este estudo pretende identificar os sintomas com repercussão no dia-a-dia das mulheres em idade fértil, em nível populacional, descrevendo a prevalência de SPM e investigando sua associação com alguns fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais, objetivando, também, comparar a prevalência da SPM auto-referida em nível populacional.

METODOLOGIA

Realizou-se um inquérito de saúde com delineamento transversal, de base populacional, com mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona urbana de Pelotas. Excluíram-se as mulheres que não apresentavam ciclos regulares, devido à anovulação, e as que usavam medicação hormonal para tratamento da menopausa.

Pelotas localiza-se no sul do Brasil e possui aproximadamente 320.000 habitantes, sendo que as mulheres representam 53% do total da população e 53% dessas estão em idade fértil.

Para o cálculo do tamanho da amostra, levou-se em conta a população de mulheres em idade fértil (cerca de 90.000) e a prevalência da SPM de 50%^(17,23). Para um nível de confiança de 95%, com um erro aceitável de 3,0 pontos percentuais, seria necessário estudar 1054 mulheres. Acrescentando 10% para perdas e recusas e considerando que o efeito de delineamento amostral estaria próximo a um e dentro de uma média de 0,8 mulher de 15 a 49 anos por domicílio, foi necessário visitar aproximadamente 1440 domicílios.

O processo de amostragem incluiu a seleção de 144 setores censitários, dos 404 existentes na zona urbana de Pelotas. Os setores foram ordenados de forma crescente, por renda média do chefe do domicílio. A escolha dos setores foi sistemática e proporcional ao número de domicílios no setor. De acordo com esse número, definiu-se o *pulo* dentro de cada setor e sorteou-se o domicílio inicial. Após o reconhecimento dos setores sorteados, constatou-se flutuação demográfica em comparação ao censo de 2000. Mantendo o *pulo* inicial no setor, o número médio de domicílios por setor foi

10(dez), oscilando entre 8(oito) e 27(vinte e sete), acompanhando a modificação demográfica ocorrida no período.

Neste estudo, o desfecho SPM foi caracterizado por diversos sintomas, que deveriam estar presentes nos três últimos ciclos, na semana antecedente à menstruação, e com alívio na semana pós-menstrual. Os sintomas emocionais perguntados foram: tristeza, raiva, irritabilidade, nervosismo, confusão, isolamento social e cansaço; e os sintomas físicos foram: mastalgia, distensão abdominal, cefaléia, inchaço em mãos e pernas, aumento de peso e dores articulares ou musculares. Realizando uma adaptação dos critérios propostos no DSM-IV⁽⁸⁾, considerou-se SPM a presença de cinco dos sintomas acima, sendo, pelo menos, um deles tristeza, raiva, nervosismo ou irritabilidade e acompanhado de dificuldades no relacionamento em casa, falta ao trabalho ou à escola. Além disso, a SPM auto-referida também foi avaliada como desfecho. A percepção das entrevistadas foi levada em conta, para definir a SPM auto-referida, que foi considerada presente quando as mulheres respondiam afirmativamente à pergunta “a Srª acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual?”.

As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades. A renda familiar foi categorizada em quartis, sendo que, primeiro quartil, constavam as menores rendas e, no quarto, as maiores. A amplitude de renda alcançou de zero a 15000 reais. O nível econômico está apresentado de duas formas, ou seja, dividido nas classes A, B, C, D e E, conforme o “Critério de Classificação Econômica Brasil” (ANEP<WWW.anep.org.br>) e por quartis. A escolaridade foi considerada com base em anos completos de estudo e categorizada em faixas (0-4, 5-8, 9-11 e

12 anos ou mais). A cor da pele foi observada pela entrevistadora como branca e não branca. A situação conjugal atual foi dicotomizada em ter ou não companheiro no momento da entrevista. Foi considerada paridade o número de filhos referidos pela mulher em três categorias: nenhum, 1 a 2, e 3 ou mais. Trabalhar fora de casa foi considerado sim ou não. A variável atividade física no lazer foi construída por um escore de atividades realizadas na última semana e dicotomizada, onde as informações foram coletadas apenas para mulheres com 20 anos ou mais, pois constavam apenas no questionário dos adultos. A percepção de saúde foi considerada pela auto-avaliação da entrevistada como excelente, muito boa, boa, regular e ruim, e, na análise, as duas categorias superiores e as inferiores foram reagrupadas. A prática de religião foi dividida em praticante e não praticante. O hábito de fumar foi analisado em três categorias: nunca fumou, fumante atual e já fumou, mas parou há mais de um mês. O uso de psicofármacos foi considerado como: não usa, usa benzodiazepínicos e usa antidepressivo. O uso de anticoncepção hormonal foi assim chamado com respeito a quem utiliza anticoncepcional oral ou injetável. Foi considerada menstruação regular a concernente a quem menstruou de forma cíclica, variando de a cada 21 dias até a cada 35 dias, nos últimos três meses, usando ou não anticoncepção hormonal.

Selecionaram-se entrevistadoras do sexo feminino, com o ensino médio de escolaridade. Foi realizado treinamento que abordou aspectos logísticos do trabalho de campo, aplicação do questionário domiciliar e codificação dos dados. O desempenho das entrevistadoras foi avaliado através de um teste escrito de compreensão do questionário e de um estudo piloto para avaliação prática em serviço. As 32 mais bem classificadas foram contratadas para

realizar o trabalho de campo, que aconteceu nos meses de outubro a dezembro de 2003.

Os supervisores do trabalho de campo foram responsáveis pelo controle de qualidade, revisando o preenchimento dos questionários, a codificação das variáveis e avaliando o desempenho das entrevistadoras. Eles também repetiram 10% das entrevistas com um questionário reduzido, que incluía perguntas-chave, para avaliar a repetibilidade pelo Índice de Kappa.

Sensibilidade, especificidade, acurácia e concordância (esta última medida através do índice de kappa), foram calculadas para comparar os resultados obtidos de SPM auto-referida e o escore, sendo este último considerado padrão ouro.

As análises foram realizadas no programa *Stata for Windows 8.2*, com descrição das variáveis por tabulações simples e sumarização dos dados. A análise bruta foi realizada usando o teste χ^2 de Pearson, para avaliar proporções, e a regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência, por ser este o teste mais adequado quando a prevalência esperada é alta⁽²⁾. Respostas ignoradas foram desprezadas, sendo que, para nenhuma variável, essa proporção foi superior a 1%. Testes de associação e análise estratificada por Mantel Haenszel foram realizadas entre as variáveis estudadas.

A análise ajustada foi realizada usando regressão de Poisson e levando em conta o processo amostral por conglomerados. Esse ajuste, com o objetivo de controlar possíveis fatores de confusão, foi feito entre as variáveis estudadas, que se encontravam no mesmo nível de determinação ou em níveis superiores, de acordo com um modelo de análise formulado *a priori*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O sigilo das informações contidas nos questionários foi garantido e o consentimento verbal informado foi solicitado a todas as entrevistadas.

RESULTADOS

Foram encontradas 1431 mulheres com idade entre 15 e 49 anos e elegíveis para participar do estudo. Houve sete perdas e 29 recusas, após, pelo menos, três tentativas de entrevista (2,6%), totalizando 1395 mulheres entrevistadas.

O efeito do delineamento do estudo na prevalência de SPM foi 1,06 e da correlação intraclasse foi 0,005. A comparação da questão sobre a regularidade menstrual, nos últimos três ciclos, mostrou um Kappa de 0,75.

A renda familiar da população em estudo apresentou mediana de R\$ 839 e média de 1332 \pm 1564 reais. A Tabela 1 mostra que 41% das mulheres estavam nos níveis econômicos D e E, metade delas tinha até 8 anos de estudo e quase a metade tinha até 30 anos de idade. As de cor de pele branca representavam cerca de 80% da amostra, mais da metade referiram viver com companheiro, 60% delas tinham um ou mais filhos e quase a metade referiram trabalhar fora de casa. Aproximadamente um quinto das mulheres com 20 anos ou mais praticava atividades físicas no lazer. Cerca de 20% considerava sua saúde regular ou ruim. Mais da metade referia praticar alguma religião e um quarto delas eram fumantes no momento da entrevista. Os principais psicofármacos utilizados pelas mulheres de 15 a 49 anos foram: benzodiazepínicos (3,6%) e antidepressivos (3,1%). Para prevenir gravidez, 42% usavam métodos anticoncepcionais hormonais. Entre as 1395 mulheres entrevistadas, 299(21,4%) não menstruaram regularmente e foram excluídas pela impossibilidade de responderem sobre os três últimos ciclos, ficando na amostra, portanto, 1096 questionários com respostas sobre os sintomas de interesse e para os quais foram realizadas as análises (Tabela 1).

A figura 1 mostra a prevalência de cada sintoma pré-menstrual. Os mais prevalentes foram: irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, todos com mais de 50% de freqüência. A prevalência de SPM foi de 25,2% (IC 95% 22,5; 27,9) quando usado o critério DSM IV modificado e a auto-referida foi 60,3% (IC 95% 57,4; 63,3) (Figura 2).

Ao ser realizado o teste para a validação da SPM auto-referida, considerando a atual caracterização da SPM como padrão ouro, foram encontradas: sensibilidade de 94%, especificidade de 51%, valor preditivo positivo 39%, valor preditivo negativo 96% e acurácia de 62%.

Entre aquelas que auto relataram SPM, 4,4% estavam usando algum tratamento e 3,2% já tinham usado tratamento para controle dos sintomas.

A Tabela 2 mostra as prevalências de SPM (pelo escore e auto-referida), de acordo com as variáveis estudadas, em que se observam que SPM é mais prevalente em mulheres de melhor nível econômico, com maior renda familiar, com maior escolaridade e nas faixas etárias mais jovens. Ocorre também naquelas de pele branca, nas ex-fumantes e nas que usavam psicofármacos, em especial antidepressivos. Situação conjugal, paridade, trabalhar fora, atividades físicas no lazer, percepção de saúde e prática de religião não se mostraram associadas com os desfechos.

Na Tabela 3, após análise ajustada, mantiveram-se associadas com a SPM: escolaridade mais alta, faixas etárias mais jovens, cor de pele branca e paridade de 3 ou mais filhos. O risco de SPM foi 53% maior entre as mulheres que percebiam sua saúde como regular ou ruim, comparando com a situação de quem considerava sua saúde excelente ou muito boa. O uso de benzodiazepínicos ou de antidepressivos mostrou associação estatisticamente

significativa com SPM. O uso de anticoncepção hormonal representou proteção, quando comparado com a situação daquelas que não usavam esse método. Ao avaliar os resultados para SPM auto-referida, os riscos aparecem nas mesmas direções, embora menores para todas as características estudadas. A única exceção se encontra no hábito de fumar, que embora configure risco, o mesmo não se mostra significativo para SPM entre as ex-fumantes, mas, na auto-referida, o risco é significativo na análise bruta e se mantém após ajuste.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro que mostra a prevalência de SPM a partir de um estudo transversal, de base populacional. O reduzido percentual de perdas e recusas e a comparação com a distribuição etária dos dados do IBGE (Censo 2000) mostram que os resultados deste estudo são representativos da população de mulheres de 15 a 49 anos de Pelotas.

Neste trabalho, optou-se pela utilização da definição de SPM, considerando a presença de sintomas com interferência na vida das mulheres, sendo portanto, considerados os sintomas como intensos ou não. Alguns autores, diferentemente deste estudo, definem SPM pela presença de um único sintoma cíclico⁽¹⁷⁾, o que implica maior sensibilidade no critério diagnóstico. Nesta amostra, utilizando o mesmo critério, foi encontrada prevalência de 95,4%.

Como seriam esperados, estudos realizados em serviços de ginecologia mostraram prevalências superiores às encontradas neste estudo^(3,7,17) e, por outro lado, os estudos de base populacional identificados mostraram uma menor prevalência^(5,23). Deve-se salientar que houve diferença entre os critérios diagnósticos destes estudos. A prevalência de SPM auto-referida foi mais elevada que outro estudo⁽²²⁾. Uma possível explicação para a diferença entre as prevalências de SPM obtidas neste estudo poderia ser que mulheres com poucos sintomas também referiram a presença da síndrome, mesmo sem a presença de sintomas com interferência nas atividades diárias.

Embora o processo de amostragem tenha sido realizado por conglomerados, os resultados obtidos, através da análise do efeito do delineamento do estudo, mostraram que não havia diferença de prevalência do

desfecho entre os setores a ponto de interferir na interpretação dos resultados; no entanto, a análise através de regressão de Poisson levou em conta esse processo amostral utilizado no estudo⁽²⁾.

Neste estudo, as mulheres apresentaram a prevalência da SPM diagnosticada ao se usar um escore criterioso duas vezes menor que aquela auto-referida. Este escore foi construído de forma a não classificar como síndrome, ou agravo à saúde, o que diz respeito àquelas mulheres que referem desconfortos ocasionais. Através dos testes de sensibilidade e especificidade, observa-se que quase a totalidade daquelas que apresentaram o escore positivo achava que tinha SPM, mas, entre aquelas que diziam ter SPM apenas metade preencheu os critérios do escore.

Em estudos transversais, a possibilidade de apresentar SPM e estar usando alguma forma de tratamento ou modificação da conduta poderia subestimar a prevalência encontrada, uma vez que as informações sobre a presença de SPM e sobre os fatores a ela associados são investigadas em um mesmo momento⁽¹⁹⁾. Um exemplo é o crescente uso de métodos anticoncepcionais hormonais de forma contínua, evitando a menstruação e o período pré-menstrual, da parte de quem apresenta SPM. Tais mulheres não menstruaram nos últimos três meses e não responderam as questões sobre os sintomas pré-menstruais, nem sobre SPM auto-referida. Com esta possibilidade, a prevalência encontrada pode ser mais baixa que a real.

Boa concordância foi observada através do teste Kappa na pergunta sobre regularidade menstrual e, considerando que a menstruação costuma ser um evento importante na rotina da mulher, espera-se que elas tenham lembrado com clareza desse período.

Os resultados aqui encontrados foram que tanto a SPM quanto a SPM auto-referida ocorreram mais em mulheres com maior nível econômico, mais alta renda, maior nível de escolaridade, idade menor que 30 anos e cor de pele branca. Isso se pode dever ao fato de as mulheres mais ricas terem maior acesso ao conhecimento dos sintomas, pois os meios de comunicação escritos têm divulgado muitas informações sobre o assunto. Conhecendo os sintomas, estarão alerta para as modificações cíclicas em seu corpo. O resultado é consistente com um estudo realizado no México⁽¹³⁾. Os riscos da SPM auto-referida foram na mesma direção do escore construído, só que menores. A causa provável é o erro de classificação do desfecho.

As mulheres mais jovens deste estudo referiram mais sintomas, o que foi encontrado por outros autores^(4,9,21), embora um estudo em serviço de ginecologia, tenha encontrado maior prevalência nas mulheres com mais de 30 anos⁽⁷⁾. Como este estudo é de base populacional, pode estar ocorrendo que, embora as mulheres consigam identificar os sintomas em idade mais jovens, só busquem ajuda especializada após alguns anos com o problema. Pode, também, estar havendo um efeito de coorte, com as mais jovens vivendo em uma época em que a SPM é muito mais discutida.

A cor de pele branca apresentou maior risco de SPM, o que também foi encontrado em um ambulatório de ginecologia em Campinas⁽¹⁷⁾, diferentemente do estudo de base populacional realizado na Virginia, USA, onde a prevalência foi maior em negras, em inquérito realizado por telefone⁽⁵⁾. Não se conhece uma plausibilidade biológica para quem tem cor de pele branca apresentar maior prevalência de SPM. O que pode estar confundindo a associação são os fatores socioeconômicos, pois é sabido que as mulheres brancas têm melhor

nível econômico, o que proporciona maior acesso ao conhecimento e permite que elas valorizem mais seus sintomas. Neste estudo, observa-se que os riscos permanecem significantes, após ajuste para as variáveis socioeconômicas e demográficas, mas perdem magnitude. Pode-se pensar que existam outros fatores, não estudados aqui, que estejam interferindo na associação.

Chama a atenção o achado de que não há diferença na prevalência, nem no risco, entre as mulheres com e sem companheiro, semelhante a outros estudos^(5,22), desmistificando o velho conceito de que *quando casar, sara*. Também não houve diferença entre as mulheres que trabalhavam fora de casa⁽⁵⁾, embora tenha havido relato de maior risco entre as mulheres com filhos^(11,17). As múltiplas tarefas das mulheres parecem não interferir enquanto as mulheres não têm filhos, o que se modifica com o acúmulo de funções.

A atividade física no lazer não apresentou associação no atual estudo. O estudo na Virginia mostrou que a atividade física foi risco para SPM⁽⁵⁾.

A percepção de saúde não mostrou associação com SPM na análise bruta. Entretanto, após ajuste para escolaridade, houve uma relação positiva entre SPM e percepção de saúde regular /ruim. Esse efeito de confusão negativa é explicado pela escolaridade, pois a autopercepção regular /ruim de saúde se associa com escolaridade baixa, que, por sua vez, associa-se com menor risco de SPM.

O hábito de fumar não mostrou associação significativa com SPM, diferentemente de estudos que encontraram associação^(5,23). O uso de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) associa-se com uma maior prevalência de SPM, o que pode significar que as mulheres que usam mais

medicamentos são as que mais relatam os sintomas na consulta médica; assim sendo, os medicamentos não estariam causando a síndrome, mas seu uso seria em consequência da SPM. A causalidade reversa é freqüente de ser encontrada em estudos transversais . Alguns tratamentos com bons resultados para a SPM, atualmente, são: o uso de antidepressivos⁽⁶⁾ e, em alguns períodos sintomáticos, os ansiolíticos⁽¹⁰⁾, uma vez que os sintomas de SPM são da mesma natureza dos da depressão e da ansiedade. Chama atenção o fato de que apenas 20% das mulheres com SPM, através do critério adaptado neste artigo, estão fazendo tratamento. Pode-se pensar que as outras mulheres ou não têm acesso ao serviço de saúde, ou, quando lá chegam, não recebem a devida atenção^(16,18).

O uso de anticoncepção hormonal mostrou diferença significativa apenas com a SPM auto-referida. Possivelmente não havia poder para detectar essa diferença, quando a SPM foi medida através do escore. Alguns autores não encontraram diferenças^(5,17), embora em alguns estudos o uso de medicação hormonal tenha sido critério de exclusão^(7,11). O uso de anticoncepção hormonal tem sido prescrito como uma forma de prevenir a oscilação hormonal e o surgimento dos sintomas pré-menstruais. Os resultados aqui encontrados apontam para uma proteção sobre o surgimento dos sintomas.

Uma limitação do estudo é o uso de informações retrospectivas. Há evidências de que os dados coletados prospectivamente por dois ou três ciclos mostram prevalências diferentes dos obtidos prospectivamente⁽¹³⁾.

Em conclusão, os sintomas foram mais prevalentes nos níveis econômicos elevados, na maior escolaridade, nas mais jovens e nas mulheres

de cor branca e deve-se considerar que o diferente acesso a informações e conhecimento dos sintomas poderia estar explicando essas associações. No entanto, há necessidade de outros estudos para investigar essa questão. Uma recomendação para aprofundar o conhecimento seria estudar uma amostra em população jovem, com semelhante acesso à informação e, se possível, através de um estudo longitudinal, para avaliar o surgimento ou a persistência de sintomas mais intensos com o avanço da idade.

A utilização de SPM auto-referida pode ser considerada pelos profissionais da saúde, mas com reservas, pois o inquérito da associação dos sintomas com o período pré-menstrual e seu alívio na semana após a menstruação é fundamental para o diagnóstico de SPM, bem como existe a necessidade de descartar outras doenças orgânicas e emocionais, que podem estar levando as mulheres a acreditarem que seu problema é SPM.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a CAPES pelo apoio financeiro no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Allen SS, McBride CM, Pirie PL. The shortened premenstrual assessment form. *J Reprod Med* 1991;36(11):769-72.
- 2.Barros AJ, Hirakata VN.Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3(1):21.
- 3.Christensen AP, Oei TP. Correlates of premenstrual dysphoria in help-seeking women. *J Affect Disord* 1995;33(1):47-55.
- 4.Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. The Harvard Study of Moods and Cycles.*J Affect Disord* 2002;70(2):125-32.
- 5.Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8(2):122-8.
- 6.Diegoli MS, da Fonseca AM, Diegoli CA, Pinotti JA. A double-blind trial of four medications to treat severe premenstrual syndrome.*Int J Gynaecol Obstet* 1998;62(1):63-7.
- 7.Diegoli MSC, Fonseca AM, Diegoli CA, Halbe HW, Bagnoli VR, Pinotti JA. Síndrome pré-menstrual: estudo da incidência e das variações sintomatológicas. *Rev Ginecol Obstet* 1994;5(4):238-242.
- 8.Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:25-37.
- 9.Freeman EW, Rickels K, Schweizer E, Ting T. Relationships between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. *Psychol Med* 1995;25(2):309-15.

10. Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*. 3^a ed. ed. São Paulo: Roca; 2000.
11. Hsiao MC, Liu CY, Chen KC, Hsieh TT. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(2):150-5.
12. Johnson SR. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30(2):367-76.
13. Marvan ML, Cortes-Iniestra S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol* 2001;20(4):276-80.
14. Marvan ML, Diaz Eroza MC. [Premenstrual symptomatology in rural and urban zones]. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1995;41(4):316-21.
15. Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med* 1968;30(6):853-67.
16. Nicolson P. The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research. *Soc Sci Med* 1995;41(6):779-84.
17. Nogueira CWM. *Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos* [Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
18. Reid RL. Premenstrual syndrome: a time for introspection. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155(5):921-6.
19. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.
20. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Women Ment Health* 2003;6(3):203-9.

21. Sternfeld B, Swindle R, Chawla A, Long S, Kennedy S. Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol* 2002;99(6):1014-24.
22. Sveindottir H, Backstrom T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicality and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(5):405-13.
23. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e de comportamento das mulheres de 15 a 49 anos, Pelotas, RS, 2004.

Variáveis	N*	%
Renda familiar em quartis (R\$)		
1 (0 – 426)	350	25,2
2 (427 – 838)	347	25,0
3 (839 – 1519)	347	25,0
4 (1520 – 15000)	347	25,0
Nível familiar da ANEP		
E	84	6,0
D	492	35,4
C	466	33,5
B	277	19,9
A	71	5,1
Escolaridade (anos)		
0-4	175	12,5
5-8	473	33,9
9-11	495	35,5
12 ou mais	222	15,9
Idade (anos)		
15-19	235	16,9
20-29	417	29,9
30-39	366	26,2
40-49	377	27,0

Tabela 1. continuação

Variáveis	N*	%
Cor da Pele		
Não branco	293	21,0
Branco	1102	79,0
Situação conjugal		
Sem companheiro	643	46,1
Com companheiro	752	53,9
Paridade		
Nenhum	551	39,5
1 a 2	593	42,5
3 ou mais	251	18,0
Trabalha fora		
Não	792	56,8
Sim	603	43,2
Atividade física no laser na última semana +		
Não	900	77,7
Sim	258	22,3
Percepção de saúde		
Excelente – Muito Boa	425	30,6
Boa	688	49,6
Regular - Ruim	275	19,8
Pratica religião		
Não	615	44,1
Sim	780	55,9

Tabela 1. continuação

Variáveis	N*	%
Fumantes		
Não	817	58,6
Sim	343	24,6
Ex-fumante	235	16,9
Psicofármacos		
Não usa	1009	93,3
Benzodiazepínicos	39	3,6
Antidepressivos	34	3,1
Anticoncepção hormonal		
Não	787	57,9
Sim	572	42,1
Menstruações regulares		
Não	299	21,4
Sim	1096	78,6
Total	1395	100,0

* número de observações em cada categoria

+ atividade física no lazer só foi coletada informação para mulheres de 20 anos ou mais (n=1158).

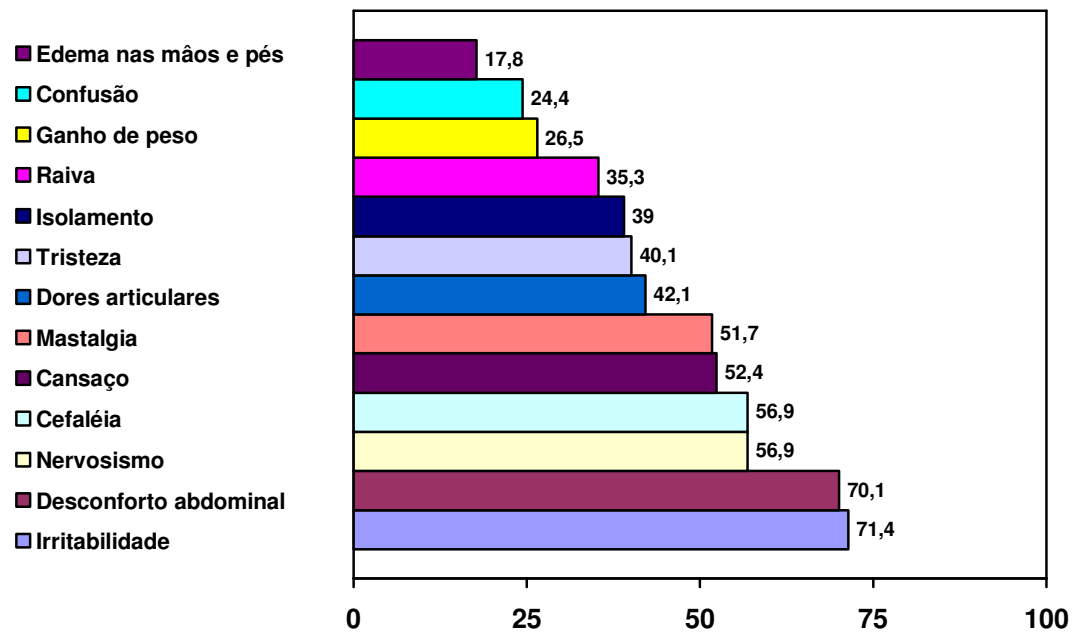


Figura 1 Prevalência dos sintomas pré-menstruais (N = 1096)

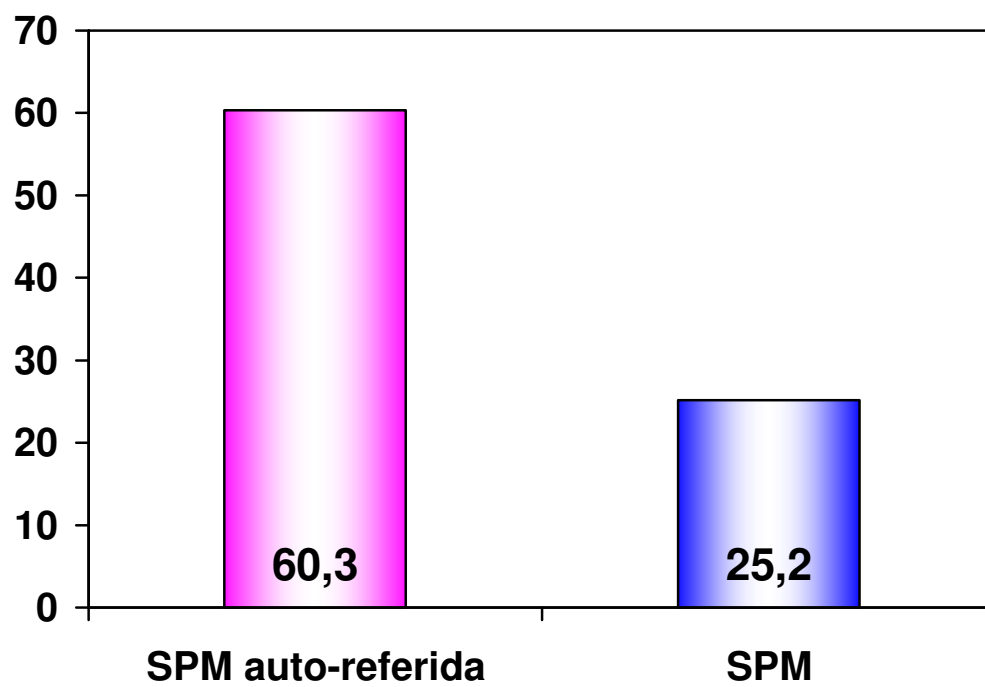


Figura 2. Prevalência dos desfechos (N = 1096)

Tabela 2. Prevalências de Síndrome pré-menstrual e SPM auto-referida por variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamento para mulheres em idade fértil (N = 1096)

Variáveis	SPM	SPM Auto-referida
	Prevalência /valor p	Prevalência Valor p
Renda em quartis (R\$)	0,004*	<0,001*
1 (0 – 426)	20,2	54,7
2 (427 – 838)	22,1	55,5
3 (839 – 1519)	27,9	58,8
4 (1520 – 15000)	30,3	71,6
Nível ANEP (quartis)	0,037*	<0,001*
1	22,8	54,7
2	22,2	52,8
3	26,8	65,6
4	30,0	69,6
Escolaridade (anos)	:0,001*	<0,001*
0 a 4	14,9	48,5
5 a 8	24,6	52,5
9 a 11	25,8	66,4
12 ou mais	33,5	70,9
Cor da Pele	0,003*	0,001*
Não branco	15,9	50,5
Branco	27,6	62,9

Tabela 2 continuação

Variáveis	SPM	SPM Auto-referida	
	Prevalência /valor p	Prevalência	Valor p
Idade	0,10*		0,010*
15-19	28,8	65,2	
20-29	26,1	62,5	
30-39	24,5	61,0	
40-49	21,8	52,5	
Situação conjugal	0,86⁺		0,12⁺
Sem companheiro	25,4	58,0	
Com companheiro	25,0	62,5	
Paridade	0,78*		0,29*
Nenhum	24,8	62,3	
1 a 2	25,4	59,0	
3 ou mais	25,8	58,2	
Trabalha fora	0,80⁺		0,86⁺
Não	24,9	60,1	
Sim	25,6	60,6	
Atividade física	0,36⁺		0,6⁺⁴
Não	25,1	59,7	
Sim	22,0	57,8	
Pratica religião	0,36⁺		0,29⁺
Não	23,8	58,6	
Sim	26,4	61,7	

Tabela 2 continuação

Variáveis	SPM	SPM Auto-referida	
	Prevalência /valor p	Prevalência	Valor p
Percepção de saúde	0,84*		0,33*
Excelente – Muito Boa	26,2	62,1	
Boa	23,9	60,5	
Regular – Ruim	28,1	58,0	
Fumantes	0,33§		0,066§
Não	24,5	58,9	
Sim	24,2	58,9	
Já fumou	29,1	67,7	
Psicofármacos	0,034§		<0,001§
Não usa	24,1	59,2	
Benzodiazepínicos	31,4	55,6	
Antidepressivos	38,7	87,9	
Anticoncepção hormonal	0,12*		0,040*
Não	27,2	63,5	
Sim	22,9	56,6	
Total	252	631	

*: Teste do qui-quadrado para tendência linear

+: Teste do qui-quadrado §: Teste de Wald

Tabela 3 Razões de prevalências brutas e ajustadas para SPM e SPM auto-referida, de acordo com variáveis socioeconômicas demográficas e de comportamento em mulheres de 15 a 49 anos (N = 1096)

Níve	Variável ^{SS}	SPM Bruta	Ajustada	Auto-referida Bruta	Ajustada
I		<i>RP (IC 95%)*</i>	<i>RP (IC 95%)+</i>	<i>RP (IC 95%)*</i>	<i>RP (IC 95%)+</i>
1	Escolaridade (anos)	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**
	0-4	1,00	1,00	1,00	1,00
	5-8	1,62 (1,05; 2,52)	1,65 (1,03; 2,63)	1,06 (0,89 1,27)	1,08 (0,90; 1,30)
	9-11	1,69 (1,06; 2,68)	1,79 (1,08; 2,97)	1,16 (1,06 1,27)	1,37 (1,13; 1,67)
	12 ou >	2,18 (1,39; 3,42)	2,65 (1,63; 4,31)	1,13 (1,06 1,20)	1,56 (1,28; 1,91)
	Idade (anos)	0,10**	0,001**	0,010**	<0,001**
	15-19	1,36 (0,97; 1,90)	2,18 (1,46; 3,28)	1,07 (1,02; 1,13)	1,48 (1,20; 1,81)
	20-29	1,22 (0,87; 1,70)	1,47 (1,04; 2,08)	1,09 (1,02; 1,17)	1,25 (1,07; 1,46)
	30-39	1,19 (0,86; 1,64)	1,29 (0,94; 1,77)	1,17 (1,00; 1,36)	1,20 (1,04; 1,39)
	40-49	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabela 3. Continuação...

Variável ^{ss}		SPM Bruta	Ajustada	Auto-referida Bruta	Ajustada
		RP (IC 95%)*	RP (IC 95%)+	RP (IC 95%)*	RP (IC 95%)+
Cor da pele		0,003^s	0,021^s	0,001^{sb}	0,015^{sb}
Não branca		1,00	1,00	1,00	1,00
Branca		1,71 (1,18; 2,48)	1,57 (1,07; 2,29)	1,23 (1,09 1,40)	1,16 (1,03; 1,32)
Paridade		0,76**	<0,001**	0,29**	0,006**
Nenhuma		1,00	1,00	1,00	1,00
1 – 2		1,05 (0,83; 1,32)	1,45 (1,09; 1,92)	0,96 (0,86; 1,07)	1,15 (1,00; 1,32)
3 ou mais		1,02 (0,75; 1,40)	1,90 (1,35; 2,67)	0,93 (0,80; 1,10)	1,28 (1,06; 1,55)
2	Percepção de saúde	0,84**	0,036**	0,32**	0,043**
Excelente - M Boa		1,00	1,00	1,00	1,00
Boa		0,85 (0,63; 1,14)	1,06 (0,83; 1,36)	1,03 (0,89; 1,19)	1,07 (0,98; 1,19)
Regular – Ruim		0,93 (0,67; 1,28)	1,53 (1,11; 2,12)	1,07 (0,93; 1,23)	1,17 (1,00; 1,37)

Tabela 3. Continuação...

Variável ^{§§}		SPM Bruta	Ajustada	Auto-referida Bruta	Ajustada
		RP (IC 95%)*	RP (IC 95)*	RP (IC 95%)*	RP (IC 95%)*
Fumo atual		0,33⁺⁺	0,30⁺⁺	0,066^{++d}	0,0089⁺⁺
Não fuma		1,00	1,00	1,00	1,00
Fumante		1,02 (0,76; 1,36)	1,05 (0,78; 1,42)	1,01 (0,90 1,14)	1,07 (0,95; 1,20)
Ex-fumante		1,17 (0,88; 1,56)	1,28 (0,94; 1,74)	1,16 (1,03 1,32)	1,22 (1,07; 1,38)
Psicofármacos		0,034⁺⁺	0,037⁺⁺	<0,001⁺⁺	<0,001⁺⁺
Não usa		1,00	1,00	1,00	1,00
Benzodiazepínicos		1,30 (0,78; 2,18)	1,66 (0,99; 2,78)	0,94 (0,70; 1,26)	1,08 (0,79; 1,47)
Antidepressivos		1,60 (0,99; 2,60)	1,57 (0,99; 2,50)	1,48 (1,29; 1,70)	1,52 (1,29; 1,80)
3	Anticoncepção hormonal	0,12[§]	0,052[§]	0,040[§]	0,001[§]
Não usa		1,18 (0,95; 1,47)	1,27 (1,00; 1,61)	1,12 (1,01; 1,25)	1,20 (1,07; 1,35)
Usa		1,00	1,00	1,00	1,00

***Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança de 95% +Razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança de 95% §Teste de heterogeneidade **Teste de tendência linear ++Teste de Wald §§Todas as variáveis estão controladas para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima**

PRESS-RELEASE

Mulheres jovens de Pelotas apresentam TPM com maior frequência

Os alunos do curso de Mestrado em Epidemiologia, da UFPel, realizaram, nos meses de outubro a dezembro de 2003, um amplo inquérito sobre saúde, na população urbana de Pelotas. Foram sorteados e visitados 1530 domicílios, onde as perguntas realizadas sobre diversas condições de saúde foram analisadas pelos 16 mestrandos do referido curso. A Síndrome Pré-menstrual (SPM), mais popularmente conhecida como TPM (Tensão Pré-menstrual), foi o tema estudado pela médica Celene Maria Longo da Silva, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Denise Petrucci Gigante. Também colaboraram na elaboração do projeto e interpretação dos resultados as médicas Maria Laura Vidal Carret e Anaclaudia Gastal Fassa.

Nos resultados do estudo, foram encontrados que a SPM ocorre com mais frequência em mulheres com menos de 30 anos, de nível socioeconômico mais elevado, com escolaridade mais alta e com cor de pele branca. As mulheres que estavam usando métodos anticoncepcionais hormonais referiram menor frequência de SPM, quando comparadas com aquelas que não usam. As queixas mais referidas pelas mulheres, no período pré-menstrual, foram: irritabilidade, dor na barriga, nervosismo, dor de cabeça, cansaço e dor ou sensibilidade aumentada nas mamas, que ocorreram em mais da metade das mulheres entrevistadas. Outros oito sintomas foram perguntados, mas apareceu em menor frequência.

Quando as entrevistadas foram perguntadas se achavam que tinham TPM, 60% delas responderam que sim. Mas quando foram colocados alguns critérios no estudo, para considerar SPM (tais como: mulheres que apresentavam pelo menos cinco sintomas no período pré-menstrual, estando, pelo menos, um deles entre os quatro mais importantes e com repercussão no convívio com a família e falta ao trabalho ou à escola) foram encontrados 25% das entrevistadas que preenchiam os critérios.

A conclusão do estudo foi que as mulheres de Pelotas apresentam uma frequência alta de SPM e que, embora a percepção das mulheres seja maior do que aquela medida com critérios mais técnicos, ainda assim, um quarto das

entrevistadas apresenta esse problema de saúde. Isso deve ser avaliado pelos profissionais de saúde no momento do atendimento dessas mulheres.

Maiores informações sobre esse e outros estudos desenvolvidos no Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel, podem ser obtidas na página do referido Centro na Internet (<http://www.epidemiologia.ufpel.org.br>), e, em especial sobre esse trabalho, com as autoras.

ANEXOS

1. Questionários

BLOCO D: DOMICILIAR RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO <i># Este bloco deve ser aplicado a <u>apenas 1</u> morador do domicílio, de preferência, a dona de casa.</i>	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Número do setor ____ Número da família ____ Número da pessoa ____ Endereço _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista ____/____/____ Horário de início da entrevista ____:____ Horário do término da entrevista ____:____ Entrevistadora: _____	NQUE _____ _____ TIPOM ____ DE _____ HI ____:____ HT ____:____ ENT ____
D1) Qual o endereço deste domicílio? Rua: _____ Número: _____ Complemento: _____ D2) O(a) Sr(a) possui telefone neste domicílio? (0) não (1) sim → Qual o número? _____ D3) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr(a)? (0) não (1) sim → Qual o número? _____ D4) Quantas pessoas moram nesta casa? ____ pessoas D5) Nesta casa mora alguma pessoa com Síndrome de Down? (0) não (1) sim (9) IGN	DFONE ____ DCEL ____ DMOR ____ DDOWN ____
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTES ESTUDOS SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA, PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO. D6) O(a) Sr.(a) tem rádio em casa? (0) Não Se sim: Quantos? ____ rádios D7) Tem televisão colorida em casa? (0) Não Se sim: Quantas? ____ televisões D8) O(a) Sr.(a) ou sua família tem carro? (0) Não Se sim: Quantos? ____ carros	DRD ____ DTV ____ DCAR ____

D9) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr(a) tem em casa? Aspirador de pó (0) Não (1) Sim Máquina de lavar roupa (0) Não (1) Sim Videocassete e/ou DVD (0) Não (1) Sim	DASPI ____ DMAQ ____ DVCR ____
D10) Tem geladeira ? (0) Não (1) Sim	DGELA ____
D11) Tem freezer separado ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim	DFREE ____
D12) Quantos banheiros tem em casa? (0) Nenhum ____ banheiros	DBAN ____
D13) O(a) Sr(a) tem empregada doméstica em casa? (0) Nenhuma Se sim: Quantas? ____ empregadas	DEMPRES ____
D14) Qual o último ano de estudo do chefe da família ? (0) Nenhum ou primário incompleto (1) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto (2) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto (3) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto (4) Superior completo	DESCOCH ____
D15) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) Pessoa 1: R\$ ____ por mês Pessoa 2: R\$ ____ por mês Pessoa 3: R\$ ____ por mês Pessoa 4: R\$ ____ por mês Pessoa 5: R\$ ____ por mês (99999) ignorado/não respondeu	DRF1 ____ DRF2 ____ DRF3 ____ DRF4 ____ DRF5 ____
D16) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra, que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ ____ por mês	DRE ____

BLOCO B: ADOLESCENTES *Este bloco deve ser aplicado a adolescentes de ambos os sexos (10 a 19 anos 11 meses e 29 dias)		ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Número do setor ____ ____ Número da família ____ Número da pessoa ____ Endereço _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista ____/____/____ Horário de início da entrevista ____:____ Horário do término da entrevista ____:____ Entrevistadora: _____	<i>NQUE</i> _____ <i>TIPOM</i> ____ <i>DE</i> ____ _____ <i>HI</i> ____:____ <i>HT</i> ____:____ <i>ENT</i> ____	
G1) Qual é o teu nome? _____ Qual o nome do teu pai? _____ Qual o nome da tua mãe? _____ (8) NSA	<i>NQUEP</i> _____ <i>NQUEM</i> _____	
G2) Qual é a sua idade? ____	<i>IDADE</i> ____	
AS PERGUNTAS G3 E G4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA		<i>CORPELE</i> ____
G3) Cor da pele: (1) branca (2) preta (3) parda (4) outra: _____ G4) Sexo: (1) masculino (2) feminino (9) IGN		<i>SEXO</i> ____
G5) Tu sabes ler e escrever? (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA G7 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A PERGUNTA G7 (9) IGN		<i>KLER</i> ____
G6) Até que série tu completaste, fostes aprovado? Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA		<i>ESCOLA</i> ____
G7) Tu praticas alguma religião? (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA G9 (1) Sim		<i>PRATREL</i> ____
G8) Qual? (0) católica (1) protestante (2) evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira (5) testemunha de Jeová (6) outra _____ (8) NSA		<i>QUALREL</i> ____
G9) Qual a tua situação conjugal atual? (0) Casado(a) ou com companheiro(a) (1) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúvo(a)		<i>COMPAN</i> ____

<p>B4) NOS ÚLTIMOS 3 MESES, fizeste algum tipo de dieta? (0) Não (1) Sim, para emagrecer (2) Sim, para engordar (3) Outra. Qual? _____</p> <p>B5) Qual foi teu peso ao nascer? _____ g (9999) IGN (1) +/- (1) Informado pelo adolescente (2) Informado pela mãe (3) Informado por outra pessoa _____ (8) NSA</p> <p>B6) Quanto tempo por dia tu passa assistindo televisão? _____ hora(s) _____ minutos (Calcular em minutos após o término da entrevista)</p> <p>B7) Qual é o teu peso atual? _____ , _____ Kg (9999) IGN</p> <p>E a tua altura? _____ , _____ Cm (9999) IGN</p> <p>B8) Agora gostaria de te pesar e medir. Peso 1: _____ , _____ Kg - 1ª medida Altura: _____ , _____ cm Peso 2: _____ , _____ Kg - 2ª medida</p> <p>Atenção: Pedir para o entrevistado tirar as roupas mais pesadas e permanecer com o mínimo possível de roupa. É importante tirar sapatos ou tênis. Descreva as roupas que o adolescente estava usando na coleta das medidas antropométricas: _____ _____ _____</p>	<p><i>KDIETA</i> _____</p> <p><i>KPN</i> _____ <i>KEXAT</i> _____</p> <p><i>KINFO</i> _____</p> <p><i>KTV</i> _____ <i>KAPES</i> _____ _____ , _____</p> <p><i>KALTR</i> _____ _____ , _____</p> <p><i>KPES1</i> _____ _____ , _____ <i>KALT</i> _____ , _____ <i>KPES2</i> _____ _____ , _____</p> <p><i>KROUP</i> _____ _____</p>
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE TEU CORPO</p>	
<p>B9) Tu já tens pêlos embaixo dos braços?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>SOMENTE PARA AS <u>MENINAS</u>:</p> <p>B10) Tu já menstruaste? (0) Não (1) Sim (8) NSA SE SIM: Com que idade? _____ anos</p>	<p><i>KPELAX</i> _____</p> <p><i>KMENARC</i> _____</p> <p><i>KIDM</i> _____</p>

<p style="text-align: center;">SOMENTE PARA OS <u>MENINOS</u>:</p> <p>B11) A voz sofre mudanças durante o crescimento. Na tua opinião, a tua voz:</p> <p>(0) Ainda não mudou (1) Ainda está mudando, ou seja, às vezes ainda saem aqueles “guinchos”. (2) Já mudou (8) NSA</p>	<p>KVOZAD__</p>
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS</p>	
<p>B12) Desde <TRÊS MESES ATRÁS> tu consultaste algum médico?(Se consultou mais de uma vez, registrar a última) (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA B15 (1) Sim, clínico geral (2) Sim, psiquiatra (3) Sim, outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>B13) Qual o local onde consultaste? (01) Posto de saúde (02) Ambulatório de hospital (03) Consultório médico (04) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (05) Ambulatório de plano de saúde (06) Pronto Socorro (07) Ambulatório da Faculdade de Medicina-UFPEL (08) Outros Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p> <p>B14) Nessa consulta recebeste algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____</p> <p>(Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)</p> <p>B15) Desde <DIA DA SEMANA> da semana retrasada tu tomaste algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B23 (1) Sim (8) NSA (9)IGN SE SIM: Qual? _____</p> <p>(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo).</p> <p>B16) Quem te indicou? (1) Toma por conta própria (2) Médico geral (3) Médico psiquiatra (4) Médico de outra especialidade _____ (5) Parente ou conhecido (6) Farmacêutico (7) Outra pessoa _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>B17) Há quanto tempo tomas? ____ anos ____ meses ____ dias (888888) NSA (999999) IGN</p>	<p>PCONS__</p> <p>PLOC__ __</p> <p>PREC__ PQUAL__ __ __</p> <p>PTOM__ PQUALT__ __ __</p> <p>PIND__</p> <p>PTEMP — — — —</p>

<p>B18) Como conseguiu o remédio da última vez? (1) Comprou na farmácia com receita médica (2) Comprou na farmácia sem receita médica (3) Comprou em farmácia de manipulação (4) Retirou na farmácia municipal (5) Outros _____ (especificar) (8) NSA (9) IGN</p> <p>B19) Toma mais algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM Qual? _____</p> <p>(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma a menos tempo).</p> <p>B20) Algum médico já te disse que tens pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PCOMO__</p> <p>PMALG__</p> <p>PMAIS __ __ __</p> <p>PREALT__</p>																																													
<p align="center">VOU FAZER DUAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO</p> <p>B21) Tu tens alguma pessoa na família, que more na tua casa, com doença grave? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>B22) Tu perdeste o emprego? (0) Não (1) Sim, mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN</p>		<p>PFAM__</p> <p>PERD__</p>																																												
<p><i>AS QUESTÕES ABAIXO DEVEM SER RESPONDIDAS POR ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS DE AMBOS OS SEXOS</i></p>																																														
<p align="center">AGORA VAMOS FALAR SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS</p>																																														
<p>B23) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que tu utiliza ou utilizaste alguma vez na vida? NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa</p> <table border="0"> <tr> <td>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Camisinha masculina (preservativo/condom)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Camisinha feminina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ligadura de trompas (esterilização feminina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Vasectomia (esterilização masculina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>DIU (Dispositivo Intra-Uterino)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Diafragma</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Geléia Espermaticida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Método do Ritmo ou Tabela</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Coito Interrompido</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Temperatura basal/Muco cervical</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Anticoncepcional Injetável</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>(7) Nunca usou método anticoncepcional</td> <td colspan="2">→ PULE PARA A PERGUNTA B25</td> </tr> </table>	Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	Diafragma	(0) Não	(1) Sim	Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	Método do Ritmo ou Tabela	(0) Não	(1) Sim	Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	(7) Nunca usou método anticoncepcional	→ PULE PARA A PERGUNTA B25		<p>MPIL __</p> <p>MCAMM __</p> <p>MCAMF __</p> <p>MLIGA __</p> <p>MVASE __</p> <p>MDIU __</p> <p>MDIAF __</p> <p>MGEL __</p> <p>MTAB __</p> <p>MCOIT __</p> <p>MTEMP __</p> <p>MINJ __</p> <p>MEMER __</p> <p>MOUT __</p>
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim																																												
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim																																												
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim																																												
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim																																												
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim																																												
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim																																												
Diafragma	(0) Não	(1) Sim																																												
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim																																												
Método do Ritmo ou Tabela	(0) Não	(1) Sim																																												
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim																																												
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim																																												
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim																																												
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim																																												
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim																																												
(7) Nunca usou método anticoncepcional	→ PULE PARA A PERGUNTA B25																																													

<p>(8) NSA</p> <p>B24) Quando tu optaste pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos?</p> <p>(0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MNAD__</p> <p>MPROFS__</p>
<p>B25) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?</p> <p>a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MESQPIL__</p> <p>MHOPIL__</p> <p>MFUPIL__</p> <p>MPAPIL__</p>
<p>B26) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas?</p> <p>a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as doenças sexualmente transmissíveis (DST).</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MCREB__</p> <p>MCDST__</p>
<p>B27) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?</p> <p>a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MLIGIND__</p> <p>MLIGFI__</p>
<p>B28) Quando começa um ciclo menstrual?</p> <p>(1) No primeiro dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No dia da ovulação</p>	<p>MINCLO__</p>

<p>(9) IGN</p> <p>B29) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre:</p> <p>(1) No 1º dia da menstruação</p> <p>(2) No último dia da menstruação</p> <p>(3) No 14º dia após o início da menstruação</p> <p>(4) No 14º dia após o término da menstruação</p> <p>(5) Igual em todos os dias do mês (9) IGN</p> <p>B30) Tu tens filhos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>SE SIM: Quantos? __ __ (88) NSA (99) IGN</p> <p>Com que idade teve o 1º filho? __ __ (88) NSA (99) IGN</p>	<p><i>MRISCO</i>__</p> <p><i>MTFIL</i>__</p> <p><i>MNFIL</i>__</p> <p><i>MPRIMF</i>__</p>																																										
<p>SE O ENTREVISTADO FOR <u>HOMEM</u></p> <p>B31)</p> <p>a) Tu já engravidaste alguém que não queria ou não podia estar grávida?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO</p> <p>(1) Sim → PULE PARA A PERGUNTA B32</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p> <p>SE O ENTREVISTADO FOR <u>MULHER</u></p> <p>b) Tu já estiveste grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO</p> <p>(1) Sim</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>MGINDH</i>__</p>																																										
<p>B32) Tu e/ou o(a) teu(tua) companheiro(a) estavam usando algum método anticoncepcional?</p> <p>(0) Não (8) NSA (9) IGN</p> <p>(1) Sim. Qual? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)</p> <table border="0"> <tr> <td>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Camisinha masculina (preservativo/condom)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Camisinha feminina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Ligadura de trompas (esterilização feminina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Vasectomia (esterilização masculina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>DIU (Dispositivo Intra-Uterino)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Diafragma</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Geléia Espermaticida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Coito Interrompido</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Temperatura basal/Muco cervical</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Anticoncepcional Injetável</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> <p>(8) NSA</p>	Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	Diafragma	(0) Não	(1) Sim	Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)	(0) Não	(1) Sim	Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	<p><i>MGINDM</i>__</p> <p><i>MGIND</i>__</p> <p><i>MGPIL</i>__</p> <p><i>MGCAMM</i>__</p> <p><i>MGCAMF</i>__</p> <p><i>MGLIGA</i>__</p> <p><i>MGVASE</i>__</p> <p><i>MGDIU</i>__</p> <p><i>MGDIAF</i>__</p> <p><i>MGCEL</i>__</p> <p><i>MGTABE</i>__</p> <p><i>MGCOIT</i>__</p> <p><i>MGTEMP</i>__</p> <p><i>MGINJ</i>__</p> <p><i>MGEMER</i>__</p> <p><i>MGOUT</i>__</p>
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim																																									
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim																																									
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim																																									
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim																																									
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim																																									
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim																																									
Diafragma	(0) Não	(1) Sim																																									
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim																																									
Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)	(0) Não	(1) Sim																																									
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim																																									
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim																																									
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim																																									
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim																																									
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim																																									

AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO	
B33) Tu trabalhas fora? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim	GTRAB__ GTRANS__
B34) Qual o meio de transporte que tu usas para ir e voltar do trabalho? (1) Vai a pé (2) Bicicleta (3) Motocicleta (4) Ônibus (5) Automóvel (6) Outro Qual? _____ (8) NSA SE A RESPOSTA <u>NÃO</u> FOR BICICLETA (2) PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO	
B35) Quantos dias da semana tu usas a bicicleta para ir trabalhar? __ dias (8) NSA	GDIAS __
B36) Durante quanto tempo por dia tu andas de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho? (Observar o tempo <u>total</u> diário) __ __ hora(s) __ __ minutos (888) NSA	GTDIA__ __ __
B37) Tu usas a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GCHUV __
B38) Tu usas a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GCALOR __
B39) Tu usas a bicicleta em dias muito frios para ir trabalhar? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GFRIO __
B40) Tu usas a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir ou voltar do trabalho? (0) Não (1) Sim (8) NSA	GNOIT __
B41) Desde <MÊS> do ano passado tu sofreu algum acidente de bicicleta no caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B44 (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM Quantas vezes?	GACID __ GQACI __

(1) 1 vez ___ vezes (8) NSA		
B42) Qual o machucado mais grave que tu tivestes por causa do(s) acidente(s)? (1) Arranhão ou escoriação (2) Batida forte (3) Corte ou perfuração na pele (4) Fratura (quebra de osso) (5) Lesão de órgão interno (6) Outro machucado Qual? _____ (8) NSA		GGRAV ____ GFTRA ____ GCAMP ____ GRDIA ____ GRTRA ____ GRLAT ____ GRPED ____ GRETR ____ GFREI ____ GFARD ____ GFART ____
B43) Quantos dias tu precisastes faltar ao trabalho por causa do acidente? (000) Nenhum ___ ___ Dia(s) (888) NSA		
B44) Agora eu gostaria de ver tua bicicleta, por favor. <i>Campainha (buzina)</i> (0) Não (1) Sim		
Refletor dianteiro	(0) Não (1) Sim	GRETR ____
Refletor traseiro	(0) Não (1) Sim	
Refletor lateral	(0) Não (1) Sim	GFREI ____
Refletor nos pedais	(0) Não (1) Sim	
Espelho retrovisor ao lado esquerdo	(0) Não (1) Sim	GFARD ____
Freio funcionando	(0) Não (1) Sim	
Farolete Dianteiro	(0) Não (1) Sim	GFART ____
Farolete Traseiro	(0) Não (1) Sim	
AS PRÓXIMAS QUESTÕES DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR ADOLESCENTES DE <u>15 E 19 ANOS</u> DO SEXO <u>FEMININO</u> AGORA FALAREMOS SOBRE SAÚDE DA MULHER		
B45) Nos últimos três meses, tu menstruaste normalmente? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B53 (1) Sim (9) IGN		SMENS ____
VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>SENTIMENTOS</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO. SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.		
B46) Na semana anterior as três últimas menstruações TU:		STRIS ____
- Ficaste triste, com vontade de chorar?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SRAIV ____
- Ficaste com muita raiva de alguém?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SIRIT ____
- Ficaste irritada, “briguenta” ou de mau humor?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SNERV ____
- Sentiste que estava muito nervosa ou tensa?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SCONF ____
- Sentiste que estava muito confusa?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SISOL ____
- Ficaste com vontade de se isolar, de não ver ninguém?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SCANS ____
- Sentiste que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho?		

(0) Não (1) Sim (9) IGN				
<p>VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM TEU CORPO QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO.</u></p> <p>SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM TEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.</p>				
<p>B47) Na semana anterior as três últimas menstruações tu tiveste:</p> <p>- Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Ganhaste peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>- Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>				<p><i>SEIOS</i> ____</p> <p><i>SBARG</i> ____</p> <p><i>SCABE</i> ____</p> <p><i>SMAOP</i> ____</p> <p><i>SGPES</i> ____</p> <p><i>SDORJ</i> ____</p>
<p>B48) Algum dos problemas perguntados acima:</p> <p>Atrapalhou teu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Precisou que faltasse a escola? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Outros problemas: _____</p>				<p><i>SDIFA</i> ____</p> <p><i>SFALS</i> ____</p> <p><i>SFALT</i> ____</p> <p><i>SDIF</i> ____</p>
<p>B49) . Tu achas que tens TPM ou Síndrome Pré-menstrual?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B52 (1) Sim (9) IGN</p>				<p><i>STPM</i> ____</p>
<p>B50) Tu fizeste ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual?</p> <p>(0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN</p>				<p><i>STRAT</i> ____</p>
<p>B51) Tu tomaste algum hormônio ou remédio para a menopausa?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>				<p><i>SREME</i> 8</p>
<p>B52) Tu tens dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>				<p><i>EMEN</i> ____</p>
<p>B53) Tu usas pílula ou injeção para não engravidar?</p> <p>(0) Não → ENCERRE O QUESTIONÁRIO</p> <p>(1) Sim</p> <p>(8) NSA (9)IGN</p>				<p><i>EPIL</i> ____</p>
<p>B54) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar teus ataques de dor de cabeça?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>				<p><i>EAUM</i> ____</p>
<p>Horário do término da entrevista ____ : ____</p>				

BLOCO C: ADULTOS		ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO	
*Este bloco deve ser aplicado a adultos (20anos ou mais) de ambos os sexos			
Número do setor ____ ____ Número da família ____ Número da pessoa ____ Endereço _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista ____/____/____ Horário de início da entrevista ____:____ Horário do término da entrevista ____:____ Entrevistadora: _____		NQUE _____ TIPOM _____ DE ____/____/____ HI ____:____ HT ____:____ ENT ____	
G1) Qual é o seu nome? _____ G2) Qual é seu endereço? _____ AS PERGUNTAS G3 E G4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA G3) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Outra: _____ G4) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino (9) IGN		CORPELE ____ SEXO ____	
G5) O(a) Sr(a) sabe ler e escrever? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G7 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A QUESTÃO G7 (9) IGN		KLER ____	
G6) Até que série o(a) Sr(a) estudou? Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA		ESCOLA ____	
G7) O(a) Sr(a) pratica alguma religião? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G9 (1) Sim		PRATREL ____	
G8) Qual? (0) Católica (1) Protestante (2) Evangélica (3) Espírita (4) Afro-brasileira (5) Testemunha de Jeová (6) Outra _____ (8) NSA		QUALREL ____	
G9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a)		COMPAN ____	
G10) Qual é o seu peso atual? ____ ____, ____ kg (999) IGN		PESO ____ ____, ____	
G11) Qual é a sua altura? ____ ____, ____ cm (999) IGN		ALTUR ____ ____, ____	

G12) O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos ____ meses					FUMO ____ TPAFU ____ ____
G13) Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (8888) NSA					TFUMO ____ ____
G14) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia? ____ cigarros (88) NSA					CIGDIA ____
G15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN					SAU ____
AGORA FALAREMOS DE FRATURAS E FISIOTERAPIA					
C1) Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose ou fraqueza dos ossos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					YOSTE ____
C2) O(a) Sr(a) já quebrou algum osso do seu corpo? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C3 (8) NSA (1) Sim → Quantas vezes? ____ (9) IGN → PULE PARA QUESTÃO					YFRAVD ____
C3) SE SIM FAÇA O QUADRO ABAIXO PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA					YQTD ____
a)O que o(a) Sr(a) quebrou? (01) Pé (02) Tornozelo (03) Perna (04) Joelho (05) Fêmur ou quadril (06) Dedos da mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Clavícula (11) Escápula (12) Cadeiras ou bacia (13) Costela (14) Vértebra (15) Mais de um destes locais (16) Outro local ____ (88) NSA (99) IGN	b)Esta fratura ocorreu? (1) Trabalhando (2) No seu tempo livre fora de casa (3) Em casa (4) Trânsito (5) Na escola (8) NSA (9) IGN	c) Como foi que ocorreu esta fratura? (1) Praticando esportes (2) Acidente de carro/pedestre (3) Violência, Brigas, Agressões (4) Caiu sozinho (5) Acidente de trabalho com máquinas, andaimes, outros equipamentos (6) Outro Motivo ____ (8) NSA (9) IGN	d)Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização? (0) Não Sim→SE SIM (1) Pelo SUS (2) Particular (3) Convênio (4) Plano de Saúde (8) NSA (9) IGN	e)Esta fratura ocorreu de <MÊS> do ano passado até o dia de hoje? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
YLOFRT ____	YLUGAR ____	YMOTFR ____	YTIGEF ____	YFRUTA ____	

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção refere-se às atividades físicas que o(a) Sr(a) fez nos últimos 7 dias, unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.

C8) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C10

QDIA ___

C9) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTEM ___

Para responder as próximas questões considere que:

Atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;

Atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

C10) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?

___ dia(s) por SEMANA (0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO

C12 (9) IGN

QDVIG ___

C11) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTVIG ___

C12) Sem considerar as caminhadas, desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C14

QDMOD ___

<p>C13) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?</p> <p>____ hora(s) ____ minutos TOTAL: ____ minutos (888) NSA (999) IGN</p> <p>____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ ÷ ____ (dias) = ____ minutos</p>	<p><i>QTMOD</i> ____</p>																																				
<p>SE A RESPOSTA PARA AS QUESTÕES C8, C10 E C12 FOI "NENHUM" FAÇA A QUESTÃO C14, CASO CONTRÁRIO PULE PARA A QUESTÃO C16."</p> <p>C14) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) fez atividades físicas no período de lazer por pelo menos três meses sem parar? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C17 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C15) Por que parou de praticar as atividades físicas?</p> <table border="0"> <tr> <td>Falta de tempo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Preguiça</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Não tinha local adequado</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Se machucou</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Falta de dinheiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Falta de companhia</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Achava chato / não gostava</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table> <p>(8) NSA (9) IGN</p> <p style="text-align: right;">APÓS RESPONDER A QUESTÃO C15, PULE PARA A QUESTÃO C17</p> <p>C16) Qual desses motivos é o <u>principal</u> para que o(a) Sr(a) realize atividade física? (1) Orientação médica (2) Porque gosta (3) Porque acha importante para a saúde (4) Outro motivo – Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C17) O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C18) O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C20 (1) Sim (9) IGN</p> <p>C19) Qual?</p> <table border="0"> <tr> <td>(01) Diabetes</td> <td>(07) Algum tipo de câncer</td> </tr> <tr> <td>(02) Doenças do coração</td> <td>(08) Hipertensão ou pressão alta</td> </tr> <tr> <td>(03) Paralisia</td> <td>(09) Asma e/ou bronquite</td> </tr> <tr> <td>(04) Problemas articulares</td> <td>(10) Outra _____</td> </tr> <tr> <td>(05) Problemas musculares</td> <td>(88) NSA</td> </tr> <tr> <td>(06) Fratura</td> <td>(99) IGN</td> </tr> </table>	Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim	Preguiça	(0) Não	(1) Sim	Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim	Se machucou	(0) Não	(1) Sim	Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim	Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim	Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim	Outro _____	(0) Não	(1) Sim	(01) Diabetes	(07) Algum tipo de câncer	(02) Doenças do coração	(08) Hipertensão ou pressão alta	(03) Paralisia	(09) Asma e/ou bronquite	(04) Problemas articulares	(10) Outra _____	(05) Problemas musculares	(88) NSA	(06) Fratura	(99) IGN	<p><i>UFEZ</i> ____</p> <p><i>UFALTA</i> ____ <i>USONO</i> ____ <i>ULOCAL</i> ____ <i>UDOI</i> ____ <i>UNHERO</i> ____ <i>UCOMP</i> ____ <i>UCHATO</i> ____ <i>UOUTR</i> ____</p> <p><i>QMOT</i> ____</p> <p><i>UVELH</i> ____</p> <p><i>ULES</i> ____</p> <p><i>UQLES</i> ____</p>
Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim																																			
Preguiça	(0) Não	(1) Sim																																			
Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim																																			
Se machucou	(0) Não	(1) Sim																																			
Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim																																			
Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim																																			
Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim																																			
Outro _____	(0) Não	(1) Sim																																			
(01) Diabetes	(07) Algum tipo de câncer																																				
(02) Doenças do coração	(08) Hipertensão ou pressão alta																																				
(03) Paralisia	(09) Asma e/ou bronquite																																				
(04) Problemas articulares	(10) Outra _____																																				
(05) Problemas musculares	(88) NSA																																				
(06) Fratura	(99) IGN																																				

C20) O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UGOST__
C21) O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UPREG__
C22) A falta de dinheiro atrapalha o(a) Sr(a) de fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UDIN__
C23) O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UMEDO__
C24) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UMIGO__
C25) O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UTEMP__
AGORA FALAREMOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O SR(A) REALIZAVA NA SUA ADOLESCÊNCIA, ENTRE OS 10 E 19 ANOS DE IDADE	
C26) Sem considerar as aulas de Educação Física, o(a) Sr(a) esteve envolvido <u>NA ESCOLA</u> em equipes esportivas, com treinamentos e/ou competições ou grupos de dança, por no mínimo, 6 meses consecutivos? (0) Não (1) Sim - Qual atividade esportiva? (9) IGN	QESP__
Futsal/Futebol de salão (0) Não (1) Sim (8) NSA Futebol de campo/Futebol de 7 (0) Não (1) Sim (8) NSA Basquete (0) Não (1) Sim (8) NSA Voleibol (0) Não (1) Sim (8) NSA Handebol (0) Não (1) Sim (8) NSA Atletismo (0) Não (1) Sim (8) NSA Natação (0) Não (1) Sim (8) NSA Dança (0) Não (1) Sim (8) NSA Ginástica olímpica/artística (0) Não (1) Sim (8) NSA Lutas (0) Não (1) Sim (8) NSA Outra: Qual? _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA	QFUT__ QFUC__ QBAS__ QVOL__ QHAN__ QATL__ QNAT__ QDAN__ QGIN__ QLUT__ QOUT__
C27) O(a) Sr(a) participou em clubes, academias ou associações de alguma atividade esportiva ou realizou por conta própria alguma atividade física por, no mínimo, 6 meses consecutivos? (0) Não → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C28 (1) Sim - Qual atividade? (9) IGN	QATIV__
Futsal/Futebol de salão (0) Não (1) Sim (8) NSA Futebol de campo/Futebol de 7 (0) Não (1) Sim (8) NSA Basquete (0) Não (1) Sim (8) NSA Voleibol (0) Não (1) Sim (8) NSA Handebol (0) Não (1) Sim (8) NSA Atletismo (0) Não (1) Sim (8) NSA Natação (0) Não (1) Sim (8) NSA Dança (0) Não (1) Sim (8) NSA	QFUT2__ QFUC2__ QBAS2__ QVOL2__ QHAN2__ QATL2__ QNAT2__ QDAN2__ QGIN2__

Ginástica olímpica/artística (0) Não (1) Sim (8) NSA Lutas (0) Não (1) Sim (8) NSA Ginástica (0) Não (1) Sim (8) NSA Musculação (0) Não (1) Sim (8) NSA Caminhadas (0) Não (1) Sim (8) NSA Corridas (0) Não (1) Sim (8) NSA Andar de bicicleta (0) Não (1) Sim (8) NSA Outra: Qual? _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA	QLUT2 ____ QGIN3 ____ QMUS2 ____ QCAM2 ____ QCOR2 ____ QBIC2 ____ QOUT2 ____
SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES C26 E C27 FOREM “NÃO”, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.	
C28) Considerando somente as atividades físicas feitas durante a adolescência, o(a) Sr(a) as realizava por que gostava ou era obrigado, por algum motivo?	
(0) Gostava (1) Obrigado (8) NSA (9) IGN	QAFAD ____
AGORA FALAREMOS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO	
C29) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) baixou o hospital? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
XHOSP ____	
C30) Desde<TRÊS MESES ATRÁS> deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico? (00) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C45 Sim. Quantas vezes? ____	
XCONS ____	
SE CONSULTOU APENAS 1 VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C31 SE CONSULTOU DUAS VEZES OU MAIS, PULE PARA A QUESTÃO C34	
C31) Nessa vez, onde o(a) Sr(a) consultou? (01) Posto de Saúde (02) Pronto-Socorro (03) Ambulatório do hospital (04) Ambulatório da Faculdade (05) Ambulatório do Sindicato ou empresa (06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (07) Consultório Médico Particular (08) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (09) Outro _____ (88) NSA (99) IGN	
XONDE ____	
C32) O médico lhe pediu algum exame? (0) Não→ PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
XPED ____	
C33) Que tipo de exame?	
Sangue (0) Não (1) Sim Urina (0) Não (1) Sim Rx (0) Não (1) Sim Eletrocardiograma (ECG) (0) Não (1) Sim Ultrassonografia (ecografia) (0) Não (1) Sim Endoscopia (pela boca) (0) Não (1) Sim	XSAN ____ XURI ____ XRX ____ XECG ____ XECO ____ XEDA ____

Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>XCOLO</i> ____
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	<i>XTC</i> ____
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	<i>XRM</i> ____
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	<i>XBIO</i> ____
Outro _____			<i>XEOUT</i> ____
(8) NSA			
(9) IGN			
PULE PARA A QUESTÃO C40			
C34) Onde foram estas consultas?			
(01) Posto de Saúde.	Sim. Quantas vezes? ____		<i>XLOC1</i> ____
(02) Pronto-Socorro.	Sim. Quantas vezes? ____		<i>XVEZES1</i> ____
(03) Ambulatório do hospital.	Sim. Quantas vezes? ____		<i>XLOC2</i> ____
(04) Ambulatório da Faculdade.	Sim. Quantas vezes? ____		<i>XVEZES2</i> ____
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa.	Sim. Quantas vezes? ____		
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde.	Sim. Quantas vezes? ____		<i>XLOC3</i> ____
(07) Consultório Médico Particular	Sim. Quantas vezes? ____		<i>XVEZES3</i> ____
(08) CAPS Centro de Atenção Psicossocial	Sim. Quantas vezes? ____		
(09) Outro _____	Sim. Quantas vezes? ____		
(88) NSA			
(99) IGN			
C35) Em alguma dessas consultas o médico lhe pediu algum tipo de exame?			
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO			
(1) Sim (8) NSA			<i>XXPED</i> ____
C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? ____			
(88) NSA (99) IGN			<i>XXQC</i> ____
C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____?			
Sangue	(0) Não	(1) Sim	<i>XISAN</i> ____
Urina	(0) Não	(1) Sim	<i>XIURI</i> ____
Rx	(0) Não	(1) Sim	<i>XIRX</i> ____
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIECG</i> ____
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIECO</i> ____
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIEDA</i> ____
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>XICOL</i> ____
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	<i>XITC</i> ____
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	<i>XIRM</i> ____
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	<i>XIBIO</i> ____
Outro _____			<i>XIEOU</i> ____
(8) NSA			
(9) IGN			
			<i>XLOC2B</i> ____

AS QUESTÕES C38 E C39 SOMENTE SERÃO PERGUNTADAS SE O ENTREVISTADO CONSULTOU EM MAIS DE UM LOCAL, CONFORME A QUESTÃO C34			
C38) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <SEGUNDO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>?			X2SAN ____ X2URI ____ X2RX ____ X2ECG ____ X2ECO ____ X2EDA ____ X2COL ____ X2TC ____ X2RM ____ X2BIO ____ X2EOU ____
Sangue	(0) Não	(1) Sim	
Urina	(0) Não	(1) Sim	
Rx	(0) Não	(1) Sim	
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	
Outro _____			
(8) NSA			
(9) IGN			
C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>?			XLOC3B ____
Sangue	(0) Não	(1) Sim	
Urina	(0) Não	(1) Sim	
Rx	(0) Não	(1) Sim	
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	
Outro _____			
(8) NSA			
(9) IGN			
C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)? (0) Não (1) Sim (2) Não fez o exame pedido (8) NSA			XPAG ____
A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES			
C41) A Sra. está grávida? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN			XGEST ____
FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES			
C42) Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou? (1) Clínico geral (2) Psiquiatra (3) outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN			PCONS ____

<p>C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou? (01) Posto de saúde (02) Ambulatório de hospital (03) Consultório médico (04) CAPS (05) Ambulatório de plano de saúde (06) Ambulatório da Faculdade de Medicina – UFPEL (07) Pronto socorro (08) outros – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>PLOC ____</p> <p>PREC ____</p> <p>PQUAL ____</p>
<p>C44) Nessa consulta, recebeu algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____ (Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)</p>	<p>PTOM ____</p> <p>PQUALT ____</p>
<p>C45) Desde <DIA DA SEMANA> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C52 (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____</p>	
<p>(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p>	
<p>C46) Quem indicou? (1) Toma por conta própria (2) Médico geral (3) Médico psiquiatra (4) Médico de outra especialidade _____ (5) Parente ou conhecido (6) Farmacêutico (7) Outra pessoa _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PIND ____</p>
<p>C47) Há quanto tempo toma? __ anos __ meses __ dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN</p>	
<p>C48) Como conseguiu o remédio da última vez? (1) Comprou na farmácia com receita médica (2) Comprou na farmácia sem receita médica (3) Comprou em farmácia de manipulação (4) Retirou na farmácia municipal (5) Outros _____ (especificar) (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PTEMP ____</p> <p>PCOMO _</p>

<p>C49) Toma mais algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____ (Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p> <p>VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO</p> <p>C50) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na família, que more na sua casa, com doença grave? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C51) O(a) Sr(a) perdeu o emprego? (0) Não (1) Sim , mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PMALG____</p> <p>PMAIS____</p> <p>PFAM____</p> <p>PERD____</p>
AGORA FALAREMOS DE CAMPANHAS DE SAÚDE	
<p>C52) Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. O(a) Sr(a) ficou sabendo desta campanha? (0) Não Sim → SE SIM (1) TV (2) Rádio (3) Vizinha, amiga, parente (4) Posto, agente de saúde, médico (5) Mais de uma opção. Quais? _____ (8) NSA (9)IGN</p> <hr/> <p>C53)O(a) Sr(a) fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C54) O(a) Sr(a) fez o teste mais de uma vez na campanha? (0) Não (1) Sim Quantas? ____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C55) O(a) Sr(a) lembra como foi o resultado do seu exame de açúcar no sangue? 1º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ____ (888) NSA (999) IGN (SOMENTE PARA QUEM FEZ MAIS DE UM EXAME) 2º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ____ (888) NSA (999) IGN 3º exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ____ (888) NSA (999) IGN</p> <p>C56) Após fazer o teste alguém lhe disse para procurar o médico? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JCAMP____</p> <p>JTEST____</p> <p>JFZTS____</p> <p>JQTAS____</p> <p>JEX1____</p> <p>JEX2____</p> <p>JEX3____</p> <p>JIMED____</p> <p>JCONS____</p>

<p>C58) O médico pediu para o(a) Sr(a) fazer um outro exame do açúcar no sangue no laboratório? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 Sim → SE SIM (1) O exame confirmou o açúcar alto (2) O exame deu normal (3) Pediu, mas o Sr(a) não foi ou não conseguiu fazer (8) NSA (9) IGN</p> <p>C59) O(a) Sr(a) está indo ao médico para tratar o açúcar no sangue, ou seja, diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>C60) Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o(a) Sr(a) tinha: Açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Gordura no sangue, como por exemplo, colesterol ou triglicerídeos alterados? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C61) Algum de seus pais, ou algum de seus irmãos, ou algum de seus filhos, se o(a) Sr(a) tiver filhos, têm ou tiveram açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C62) Há dois anos atrás onde o(a) Sr(a) costumava consultar? (1) Posto de saúde (2) Ambulatório do hospital ou faculdade (3) Consultório médico particular ou convênio (4) Ambulatório de plano de saúde (5) Local não especificado (6) Outro local _____ (8) NSA</p>	<p><i>JOTEX__</i></p> <p><i>JTTO__</i></p> <p><i>JDIAB__</i> <i>JHAS__</i> <i>JGORD__</i></p> <p><i>JHIST__</i></p> <p><i>JOND__</i></p>
AGORA FALAREMOS SOBRE VACINAS	
<p>C63) O(a) Sr(a) conhece uma vacina contra a gripe? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C70 (1) Sim (9) IGN</p> <p>C64) O(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C66 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C65) Onde o(a) Sr(a) fez esta vacina no ano de 2003? (0) Serviço de saúde particular ou convênio (1) Serviço de saúde do SUS – posto de saúde ou outro (2) No local onde trabalha – hospital ou posto de saúde do SUS, Secretarias da Prefeitura (3) No local onde trabalha – empresa privada (4) Na farmácia (5) Outro local Qual? _____ (8) NSA (9) IGN PULE PARA A QUESTÃO C67</p>	<p><i>CVAC__</i></p> <p><i>FEZVAC__</i></p> <p><i>LUGVAC__</i></p>

<p>C66) Porque o(a) Sr(a) não fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?</p> <p>(0) Quase nunca tenho gripe (1) A vacina é só para velhos (2) Gripe não é uma doença grave (3) A vacina não faz efeito (4) Vacina pode causar gripe (5) A vacina é injeção (6) Tenho alergia à vacina (7) Outro Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>PQNAOVAC</i> __</p>																								
<p>C67) Como o(a) Sr(a) soube da vacinação contra a gripe neste ano de 2003?</p> <p>(0) Meios de comunicação: TV, rádio, jornal (1) Consulta médica ou posto de saúde (2) Local de trabalho (3) Amigo ou familiar (4) Outro Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>CSVAC</i> __</p>																								
<p>C68) No ano passado o(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>FEZVACAP</i> __</p>																								
<p>C69) O(a) Sr(a) sabe de quanto em quanto tempo deve ser feita a vacina contra a gripe?</p> <p>(0) Não sei (1) duas vezes por ano (2) Uma vez por ano (3) De 2 em 2 anos (4) De 3 em 3 anos (5) De 10 em 10 anos (6) Uma vez na vida (7) Outra _____ (9) IGN</p>	<p><i>FREQVAC</i> __</p>																								
<p>C70) Durante a campanha de vacinação contra a gripe deste ano, nos meses de abril até agosto, o(a) Sr(a) esteve no consultório de médico particular/convênio ou em um posto de saúde do SUS?</p> <p>(0) Não SIM → SE SIM (1) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em serviço particular ou convênio (2) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em posto de saúde do SUS (9) IGN</p>	<p><i>FOISS</i> __</p>																								
<p>C71) O médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma destas doenças?</p> <table border="0"> <tr> <td>Açúcar no sangue ou diabetes</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Pressão alta ou hipertensão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doença do coração</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doença crônica do pulmão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doença crônica de rins</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Tumor maligno ou câncer</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> </table>	Açúcar no sangue ou diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Pressão alta ou hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Doença do coração	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Doença crônica do pulmão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<p><i>DIAB</i> __ <i>HIPERT</i> __ <i>DCARD</i> __ <i>DPULM</i> __ <i>DRENAL</i> __ <i>CANCER</i> __</p>
Açúcar no sangue ou diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Pressão alta ou hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Doença do coração	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Doença crônica do pulmão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						

<p>C72) Neste ano de 2003 o(a) Sr(a) teve gripe com febre alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>GRIPE</i> __</p>
<p>AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO</p>	
<p>C73) O(a) Sr(a) trabalha fora? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim</p>	<p><i>GTRAB</i> __</p>
<p>C74) Qual o meio de transporte o(a) Sr(a) usa para ir e voltar do trabalho? (1) Vai a pé (2) Bicicleta (3) Motocicleta (4) Ônibus (5) Automóvel (6) Outro Qual? _____ (8) NSA</p>	<p><i>GTRANS</i> __</p>
<p>SE A RESPOSTA <u>NÃO</u> FOR BICICLETA (2) PULE PARA PRÓXIMA INSTRUÇÃO</p>	
<p>C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar? ____ dias. (8) NSA</p>	<p><i>GDIAS</i> __</p>
<p>C76) Durante quanto tempo por dia o(a) Sr(a) anda de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho? Observar o tempo <u>total</u> diário ____ hora(s) ____ minutos (888) NSA</p>	<p><i>GTDIA</i> __ __ __</p>
<p>C77) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar?</p>	<p><i>GCHUV</i> __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p><i>GCALOR</i> __</p>
<p>C78) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar?</p>	<p><i>GFRIO</i> __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	
<p>C79) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias muito frio para ir trabalhar?</p>	<p><i>GNOIT</i> __</p>
<p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	
<p>C80) O(a) Sr(a) utiliza a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir ou voltar do trabalho?</p>	
<p>(0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	
<p>C81) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de bicicleta no caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C84 (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM Quantas vezes? ____ vez(es) (88) NSA</p>	<p><i>GACID</i> __ <i>GQACI</i> __ __</p>

C82) Qual o machucado mais grave que o(a) Sr(a) teve por causa do(s) acidente(s)? (1) Arranhão ou escoriação (2) Batida forte (3) Corte ou perfuração na pele (4) Fratura (quebra de osso) (5) Lesão de órgão interno (6) Outro machucado Qual? _____ (8) NSA	GGRAV ____ GFTRA ____ ____ ____
C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente? (000) Nenhum ____ ____ ____ Dia(s) (888) NSA	GCAMP ____ GRDIA ____ GRTRA ____ GRLAT ____ GRPED ____ GRETR ____ GFREI ____ GFARD ____ GFART ____
C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor. Campanha (buzina) (0) Não (1) Sim Refletor dianteiro (0) Não (1) Sim Refletor traseiro (0) Não (1) Sim Refletor lateral (0) Não (1) Sim Refletor nos pedais (0) Não (1) Sim Espelho retrovisor ao lado esquerdo (0) Não (1) Sim Freio funcionando (0) Não (1) Sim Farolete Dianteiro (0) Não (1) Sim Farolete Traseiro (0) Não (1) Sim	
<u>AGORA FALAREMOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS</u>	
C85) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que o(a) Sr(a) utiliza ou utilizou alguma vez na vida? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa) Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) (0) Não (1) Sim Camisinha masculina (preservativo/condom) (0) Não (1) Sim Camisinha feminina (0) Não (1) Sim Ligadura de trompas (esterilização feminina) (0) Não (1) Sim Vasectomia (esterilização masculina) (0) Não (1) Sim DIU (Dispositivo Intra-Uterino) (0) Não (1) Sim Diafragma (0) Não (1) Sim Geléia Espermaticida (0) Não (1) Sim Método do Ritmo ou Tabelinha (0) Não (1) Sim Coito Interrompido (0) Não (1) Sim Temperatura basal/Muco cervical (0) Não (1) Sim Anticoncepcional Injetável (0) Não (1) Sim “Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência (0) Não (1) Sim Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) (0) Não (1) Sim (7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87 (8) NSA	PIL ____ MCAMM ____ MCAMF ____ MLIGA ____ MVASE ____ MDIU ____ MDIAF ____ MGEL ____ MTAB ____ MCOIT ____ MTEMP ____ MINJ ____ MEMER ____ MOUT ____ MNAD ____ MPROFS ____
C86) Quando o(a) Sr(a) optou pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos? (0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN	MESQPIL ____

<p>C87) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?</p> <p>a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>MHOPIL</i>__</p> <p><i>MFUPIL</i>__</p> <p><i>MPAPIL</i>__</p> <p><i>MCREB</i>__</p>
<p>C88) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas?</p> <p>a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST). (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>MCDST</i>__</p> <p><i>MLIGIND</i>__</p>
<p>C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?</p> <p>a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>MLIGFI</i>__</p> <p><i>MINCLO</i>__</p>
<p>C90) Quando começa um ciclo menstrual?</p> <p>(1) No primeiro dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No dia da ovulação (9) IGN</p>	<p><i>MRISCO</i>__</p>
<p>C91) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre:</p> <p>(1) No 1º dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No 14º dia após o início da menstruação (4) No 14º dia após o término da menstruação (5) Igual em todos os dias do mês (9) IGN</p>	
<p>C92) O(a) Sr(a) tem filhos? (0) Não (9) IGN (1) Sim. Quantos?_____ (88) NSA (99) IGN Com que idade teve o 1º filho?_____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p><i>MTFIL</i>__</p> <p><i>MNFIL</i>__</p> <p><i>MPRIMF</i> __ __</p>

SE O ENTREVISTADO FOR <u>HOMEM</u>			
C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida?			<i>MGINDH__</i>
(0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO			
(1) Sim (8) NSA (9) IGN			
SE O ENTREVISTADO FOR <u>MULHER</u>			
C93.b) A Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?			<i>MGINDM__</i>
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO			
(1) Sim (8) NSA (9) IGN			
C94) O(a) Sr(a) e/ou o(a) seu(sua) companheiro(a) estava usando algum método anticoncepcional?			<i>MGIND</i>
(0) Não (8) NSA (9) IGN			
(1) Sim. Qual? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa).			
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGPIL__</i>
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGCAMM__</i>
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	<i>MGCAMF__</i>
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGLIGA__</i>
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGVASE__</i>
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGDIU__</i>
Diafragma	(0) Não	(1) Sim	<i>MGDIAF__</i>
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	<i>MGGEL__</i>
Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGTABE__</i>
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	<i>MGCOIT__</i>
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	<i>MGTEMP__</i>
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	<i>MGINJ__</i>
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	<i>MGEMER__</i>
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	<i>MGOUT__</i>
(8) NSA			
AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR <u>HOMENS E MULHERES</u> COM IDADE ATÉ <u>64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</u>			
AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO			
C95) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) teve dor de cabeça?			<i>EDORC__</i>
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO			
(1) Sim			
C96) Quantos ataques de dor de cabeça o(a) Sr(a) teve desde <MÊS> do ano passado?			<i>EATAQ__</i>
(0) menos de 5 ataques			
(1) 5 ataques ou mais			
(8) NSA (9) IGN			

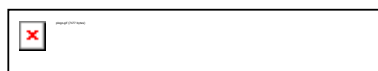
<p>C105) O Sr. tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C106) Com que frequência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas ou mais vezes por semana (8) NSA (9)IGN</p> <p>C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C109) Com que frequência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade? (0) nunca (1) raramente (2) geralmente (3) sempre (8) NSA (9) IGN</p> <p>C110) Quantos lances de escada ou andares de escada o Sr. costuma subir diariamente em casa ou no trabalho? ____ lances/dia (00) Se não utiliza escada diariamente (88) NSA (99) IGN</p> <p>QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS.</p> <p>Horário do término da entrevista ____ : ____</p>	<p>HIHF ____</p> <p>HABD ____</p> <p>HOBST ____</p> <p>HTOSSE ____</p> <p>HLVPSO ____</p> <p>HSOBES ____</p>
<p>AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE 20 E 49 ANOS 11 MESES E 29 DIAS SE FOR MULHER E TIVER IDADE ENTRE 50 E 59 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER</p>	
<p>C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente? (0)Não→ PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN</p> <p>VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>SENTIMENTOS</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO. SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.</p> <p>C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.:</p>	<p>SMENS ____</p>

- Ficou triste, com vontade de chorar?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	STRIS __
- Ficou com muita raiva de alguém?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	SRAIV __
- Ficou irritada, “briguenta” ou de mau humor?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	SIRIT __
- Sentiu que estava muito nervosa ou tensa?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	SNERV __
- Sentiu que estava muito confusa?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	SCONF __
- Ficou com vontade de se isolar, de não ver ninguém?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	SISOL __
- Sentiu que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	SCANS __
<p>VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO.</u></p> <p>SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.</p>		
C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve:		
- Dor ou aumento de tamanho nos seios?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SEIOS __
- Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SBARG __
- Dor de cabeça?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SCABE __
- Inchaço nas mãos ou nas pernas?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SMAOP __
- Ganho de peso?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SGPES __
- Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	SDORJ __
C114) Algum dos problemas perguntados acima:		
Atrapalhou seu relacionamento em casa?	(0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	SDIFA __
Precisou que faltasse à escola?	(0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	SFALS __
Precisou que faltasse ao trabalho?	(0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	SFALT __
Outros problemas: _____		SDIF __
C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual?		
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C117	(1) Sim (9) IGN	STPM __
C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual?		
(0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN		STRAT __
C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa?		
(0) Não (1) Sim (9) IGN		SREME __
C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?		
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN		EMEN __
C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar?		
(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO		EPIL __
(1) Sim (8) NSA (9) IGN		
C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça?		
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		EAUM __

AS QUESTÕES C121 A C130 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE 20 E 59 ANOS 11 MESES E 29 DIAS AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO	
C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CCAN__
C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C128 (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CPREC__
C123) A Sra já fez este exame? (00) Não (88) NSA (99) IGN Sim → SE SIM: quantas vezes? __ __ A Sra fez este exame no Posto de Saúde durante a Campanha de 2002? (0) Não (1) Sim (9) IGN	CFEZP__ __ C2002__
SE JÁ FEZ ESTE EXAME ALGUMA VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C125	
C124) Por que a Sra nunca fez este exame? (marcar a resposta dada pela entrevistada na coluna (1), a seguir <u>LER AS OPÇÕES</u> e marcar as respostas nas colunas (2) e (3). Se a primeira resposta for a opção “f”, não ler as demais). a) Acha que vai doer (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não b) Tem medo que dê câncer (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não c) Não sabe onde faz (1) Não Sabe, esp. (2) Não sabe, ind. (3) Sabe d) O médico não pediu este exame (1) Não pediu esp. (2) Não pediu, ind. (3) Pediu e) Sente vergonha (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (3) Não f) Nunca tive relações sexuais (não ler) (1) Nunca tive, esp. (9) IGN (6) Outra opção _____ (8) NSA (9) IGN	CDOI__ CMEDO__ CNOND__ CNPED__ CVERG__ CNREL__ COUTR__
PULE PARA A QUESTÃO C128	
C125) Há quanto tempo a Sra fez este exame? Pela última vez __ __ anos __ __ meses E antes desta última vez __ __ anos __ __ meses (8888) NSA (9999) IGN	CULPR ____ __ CPNPR ____ __
C126) Onde a Sra costuma fazer este exame para evitar o câncer do colo do útero? (1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do <u>SUS</u> ou Faculdade de Medicina (2) Clínica ou consultório por <u>convênio</u> (3) Clínica ou consultório <u>particular</u> (4) Outro _____	CONFZ__
C127) O resultado deste exame demora alguns dias para ficar pronto. A Sra ficou sabendo o resultado do último exame que evita o câncer do colo do útero? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	CSABU__

C128) Este exame serve para ver se tem câncer no colo do útero. A Sra acha que este tipo de câncer tem cura? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	<i>CCACU</i> __
C129) A Sra consultou com ginecologista de <MÊS> do ano passado pra cá? (0) Não Sim → SE SIM: (1)SUS (2)Convênio (3)Particular (8) NSA (9) IGN	<i>CGANO</i> __
C130) A Sra acha que o exame ginecológico dói? (0) Não Sim SE SIM (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (8) NSA (9) IGN	<i>CEXDO</i> __
Horário do término da entrevista __ __ : __ __	

2. Instruções aos autores



ISSN 0034-8910
versão impressa

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)

Estas instruções estão baseadas na tradução do documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", publicado na Revista de Saúde Pública 1999; 33(1). *No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento.*

A Revista de Saúde Pública é um periódico especializado, internacional, aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Tem por finalidade publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública, seja no âmbito do país, seja no âmbito internacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista de Saúde Pública, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(s) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo no Anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, em inglês ou em espanhol, em quatro vias, para o Editor Científico.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Desta forma, todos os trabalhos, quando submetidos à publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, que pode ser obtida clicando [aqui](#), contendo assinatura de cada um dos autores, cujo modelo está no Anexo.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica revisões (a convite), atualizações, notas e informações, cartas ao editor, editoriais, além de outras categorias de artigos.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas.*
- *As referências bibliográficas estão limitadas a 15, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, havendo, todavia, flexibilidade. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.*

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão.* A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraíndo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Revisões - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de 5.000 palavras.

Atualizações - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Sua extensão deve ser de 3.000 palavras.

Notas e Informações - São relatos curtos decorrentes de estudos originais ou avaliativos. Podem incluir também notas preliminares de

pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a saúde pública.

- Devem ter de *800 a 1.600 palavras* (excluindo tabelas, figuras e referências) *uma tabela/figura e 5 referências*.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a *600 palavras* e a *5 referências*

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone, fax e e.mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados aos Editores Associados que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados pelo Editores Associados.

Cada manuscrito é enviado para três relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho de Editores. Cópias dos pareceres são encaminhados aos autores e relatores, estes por sistema de troca entre eles.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão

devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceito para publicação, deve ser encaminhada uma cópia do manuscrito em disquete 3/2, programa Word 95/97.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter:

- a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**.
- b) Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço.
- e) Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado.

f) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

g) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

h) Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

i) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso.

Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 250 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos.

Descritores devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(Mesh\)](#), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas

alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver (RSP, vol. 33(1) p. 11-13). Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Martins IS. *A dimensão biológica e social da doença*. São Paulo, 1985 [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 Mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", RSP;33(1)1999.

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos a publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et.al.⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública

elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Figuras coloridas não são publicadas, a não ser que sejam custeadas pelo autor do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

[Clique aqui para verificar um resumo dos itens exigidos para apresentação dos manuscritos](#)

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em quatro vias em papel (uma original e três cópias) para o seguinte endereço:

Prof. Dr. Oswaldo Paulo Forattini
Editor Científico da Revista de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

© 2002 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

**Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP - Brasil
Tel./Fax: (55 11) 3068-0539**



revsp@org.usp.br

ASSIM EU VEJO A VIDA

Cora Coralina

*A vida tem duas faces:
Positiva e negativa.
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria.
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
Dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições, lutas e perdas
Como lições de vida
E delas me sirvo.
Aprendi a viver.*